

2017

Utilização dos Cuidados de Saúde pelos Adultos Jovens

João Manuel Torres Moreira

João Manuel Torres Moreira

Utilização dos Cuidados de Saúde pelos Adultos Jovens

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Saúde Pública,
apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e ao
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto

Orientadora: Professora Doutora Elisabete Ramos,
Professora Auxiliar na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Porto, 2017

Dissertação realizada com base no projeto EPITeen, desenvolvido no Departamento de Ciências da Saúde Pública e Forenses e Educação Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e no Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto.

Este trabalho foi parcialmente financiado por Fundos FEDER através do Programa Operacional Competitividade e Internacionalização e por Fundos Nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia (POCI-01-0145-FEDER-016829), no âmbito do projeto “Uma abordagem longitudinal à obesidade metabolicamente saudável: da inflamação ao perfil de risco cardiovascular” (Ref. FCT PTDC/DTP-EPI/6506/2014) e da Unidade de Investigação em Epidemiologia - Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (EPIUnit) (POCI-01- 0145-FEDER-006862; Ref. UID/DTP/04750/2013).

Agradecimentos

Agradeço a orientação da Prof.^a Doutora Elisabete Ramos, pelo apoio, orientação científica e metodológica, pelos conselhos e acompanhamento na realização deste trabalho.

Agradeço à minha mulher, Paula, pelo apoio e paciência durante todo este processo.

Índice

Resumo	1
Abstract	4
1. Introdução	7
1.1. O Papel dos Cuidados de Saúde na Saúde da População	8
1.2. Utilização dos Cuidados de Saúde	9
1.3. Determinantes de Saúde da Utilização dos Cuidados de Saúde	10
1.4. Cuidados de Saúde em Adultos Jovens	12
2. Objetivo	15
3. Participantes e Métodos	17
4. Resultados	21
5. Discussão	38
6. Conclusões	47
7. Referências Bibliográficas	49

Lista das Figuras

Figura 1 - Motivos das Idas à Urgência	33
---	-----------

Lista das Tabelas

Tabela 1 - Comparação entre os indivíduos considerados neste estudo e os restantes elementos da coorte	18
Tabela 2 - Relação entre as características demográficas e socioeconómicas e a utilização de cuidados de saúde.....	23
Tabela 3 - Modelo de regressão logística binária da relação entre as características demográficas e socioeconómicas e utilização dos cuidados de saúde	25
Tabela 4 - Relação entre as características comportamentais e a utilização de cuidados de saúde.....	26
Tabela 5 - Modelo de regressão logística binária da relação entre as características comportamentais e utilização dos cuidados de saúde	27
Tabela 6 - Relação entre as características de saúde e a utilização de cuidados de saúde..	28
Tabela 7 - Modelo de regressão logística binária da relação entre as características de saúde e utilização dos cuidados de saúde.....	30
Tabela 8 - Modelo de regressão logística binária da relação entre as características socioeconómicas, comportamentais e de saúde com estratificação de não ter doença que obriga a cuidados médicos regulares.....	32
Tabela 9 - Relação entre as características demográficas e socioeconómicas e as idas à urgência.....	34
Tabela 10 - Relação entre as características de saúde, a utilização dos cuidados de saúde e as idas à urgência.....	36
Tabela 11 - Modelo de regressão logística binária da relação entre as características de saúde, utilização dos cuidados de saúde e as idas à urgência com estratificação de doença que obriga a cuidados médicos regulares.....	37

Lista de Abreviaturas

EPITeen - Epidemiological Health Investigation of Teenagers in Porto

IC95% - Intervalo de confiança a 95%

IMC - Índice de massa corporal

OMS - Organização Mundial de Saúde

OR - Odds Ratio

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

Resumo

Introdução: O início da idade adulta marca um ponto crítico no desenvolvimento. Os cuidados de saúde neste período da vida poderão desempenhar um papel fundamental para a maximização dos resultados em saúde e devem estar adaptados às necessidades dos adultos jovens. Adicionalmente, este grupo etário, enfrenta o desafio da transição dos cuidados de pediatria para o contexto dos cuidados para adultos. Assim, nas políticas de saúde, no planeamento e na investigação relacionada com os cuidados de saúde, os adultos jovens devem ser vistos como uma subpopulação distinta com comportamentos e necessidades específicos.

Objetivo: Descrever a utilização de cuidados de saúde em adultos jovens e a sua relação com características socioeconómicas, comportamentais e de saúde.

Participantes e Métodos: Os dados foram recolhidos no âmbito da coorte EPIteen, que integra 2942 adolescentes nascidos em 1990 e recrutados nas escolas públicas e particulares da cidade do Porto. Esta dissertação baseia-se na informação dos 1764 participantes (51,5% do sexo feminino) avaliados na terceira avaliação da coorte, e que decorreu em 2011-2013. Os dados foram recolhidos através de questionários estruturados. A utilização de cuidados de saúde avaliada reporta-se aos 12 meses anteriores à entrevista e foram considerados: o número de vezes que consultou o dentista, o médico e que recorreu à urgência hospitalar. Foram ainda consideradas a toma de medicamentos de forma crónica continuada, e o uso de suplementos de vitaminas ou minerais. Recolheu-se informação sobre o tipo de cuidados a que os indivíduos recorrem por rotina que foram classificados em: consulta pública e consulta particular. Na análise estatística, as variáveis contínuas foram categorizadas e descritas pelas frequências absolutas e relativas. Para medir a associação entre as características dos participantes e as variáveis que descrevem a utilização de cuidados de saúde, foram usados odds ratio (OR) e respetivos intervalos de confiança a 95% (IC95%) estimados por regressão logística binária. As associações foram ajustadas para o sexo e a escolaridade máxima dos pais.

Resultados: A média (desvio padrão) de idas ao dentista foi de 2,71 (7,52) vezes e a média de vezes que consultaram o médico foi de 3,16 (7,56) vezes. Cerca de 50% dos jovens reportaram tomar medicamentos de forma crónica continuada (incluindo contraceptivos orais) e 28,2% reportaram o uso de suplementos de vitaminas ou minerais. Após ajuste para o sexo e para a escolaridade máxima dos pais, os jovens com mais escolaridade, pais mais escolarizados e com maior rendimento têm maior odds de recorrer a cuidados de saúde particulares e de ter feito pelo menos uma consulta no dentista no ano anterior à entrevista. O mesmo padrão se observou para o consumo de medicamentos e suplementos, embora

para a generalidade das variáveis estudadas a associação não atingiu significado estatístico. Nenhuma das características demográficas e socioeconómicas se associou com o recurso a consultas médicas.

Conclusões: Este estudo permite-nos ter uma nova visão dos determinantes que influenciam a saúde dos adultos jovens e a utilização dos cuidados de saúde. Podendo concluir que o nível económico é um determinante relevante, de entre os demais determinantes. O elevado número de idas por rotina aos cuidados de saúde particulares e o elevado número de idas à urgência são preocupações que devemos ter em conta dado o papel importante e fulcral que os cuidados de saúde primários desempenham nos cuidados de saúde.

Palavras-chave: Cuidados de Saúde; Utilização dos Cuidados de Saúde; Adultos Jovens; Determinantes de Saúde.

Abstract

Introduction: The starting point of adulthood is a critical point in a person's development. In this period of time health care can play a fundamental role in maximizing health results and should fulfill young adults needs. Farther, this age group, faces the challenge of transitioning from pediatric to adult care. Therefore, young adults, due to their specific behaviours and needs, should be seen as a different subpopulation by health policies and studies on health care.

Objective: To portray the use of health care in young adults according to socioeconomic, behavioral and health characteristics.

Participants and Methods: These data were collected within the coorte EPIteen, which Includes 2942 teenagers born in 1990 and recruited at the time from public and private schools in Porto. This paper is based on the data collected from the 1764 participants (51,5% female) in the study who had been evaluated by coorte before, between 2011 and 2013. The use of health care being evaluated refers to the 12 months before the interview and the data being evaluated are: the number of times a person has consulted a dentist, a doctor or medical urgency. Continued chronic medication intake and the use of vitamin and mineral supplements were also considered. Information about what kind of care people take on a routine basis was categorized in two ways: public medical consultation and private medical consultation. In the statistical analysis, the continuous variables were categorized and described based on absolute and relative frequencies. In order to measure the relationship between participants' characteristics and the various variables that thoroughly describe the use of health care, odds ratio (OR) were used and their respective trust intervals of 95% (IC95%) estimated by binary logistic regression. The relationships were adjusted according to the sex and scholarity level of the parents.

Results: On average (standard deviation) young adults went to see the dentist 2,71 (7,52) times and 3,16 (7,56) to see the doctor. About 50% of the young adults claimed to intake chronic medication continuously (including oral contraceptives) and 28,2% claimed to use vitamin and mineral supplements. Young adults with higher degrees of education, more educated parents and bigger incomes have higher odds of resorting to private medical care and of having gone to a dentist appointment at least once in the year before being interviewed. The same pattern was found in what refers to the use of medication and supplements, although for most of the studied variables there were no statistical significances. None of the demographic and socioeconomic characterists was linked to the use of medical appointments.

Conclusions: This study allows us to have a new perspective on the variables which can influence young adults health and their use of health care. We can conclude that the economic level is a relevant factor, among all the other factors. The high number of private medical appointments and the high number of emergency trips on a routine basis are concerns we should take into consideration given the importance of primary health care.

Keywords: Health Care; Health Care Utilization; Young Adults; Health Determinants.

1.Introdução

A saúde é um bem essencial para a vida de todos os indivíduos, influenciando todos os seus determinantes sendo igualmente influenciada por eles. Desse modo é o maior recurso para o desenvolvimento social, económico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida (1). A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a saúde como “... um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou de enfermidade.”(2, 3)

1.1. O Papel dos Cuidados de Saúde na Saúde da População

Os cuidados de saúde são serviços prestados a indivíduos ou comunidades por agentes da saúde, serviços ou profissionais de modo a promover, manter, monitorar ou restaurar a saúde. Esses cuidados de saúde podem ocorrer em vários níveis, sendo os cuidados de saúde primários a primeira linha de contacto da população geral com o sistema de saúde. O termo cuidado de saúde não é limitado a cuidados médicos, o que implica ação por ou sob a supervisão de um médico, sendo estendido para incluir o autocuidado relacionado à saúde, os exames auxiliares de diagnóstico ou preventivos, entre outros.(4) Este conceito refere-se a todo contacto direto, consultas médicas, hospitalizações, idas à urgência ou indireto, realização de exames auxiliares de diagnóstico ou preventivos, com os serviços de saúde. Sem cuidados de saúde, muitas das oportunidades para a melhoria da saúde da população seriam perdidas.(5) Os cuidados de saúde para além de servirem numa primeira instância o propósito de resolver os problemas de saúde da população (tratamento da doença) a que eles recorre, evitando os custos associados ao problema, são também uma oportunidade fundamental de promoção da saúde e prevenção da doença com vista a melhorar a qualidade de vida da população e reduzir os custos com a saúde futuramente.

Os cuidados de saúde fazem parte dos bens e serviços sociais básicos e de direito humano de uma população. Tais bens devem ser disponibilizados universalmente e independentemente da capacidade financeira dos utilizadores, sendo o sector público responsável pela prestação e acesso adequado a esses bens ou serviços(5), com um sistema de cuidados de saúde bem concebido e centrado nas pessoas(6), que inclua medidas para a proteção da saúde, promoção da saúde e prevenção de doenças. A sustentabilidade financeira no sistema de saúde é muito importante, sendo os cuidados de saúde prestados a principal fração dos custos do sistema, que decorrem, sobretudo, dos cuidados a pessoas com doenças crónicas de longa duração(7). Mas a sustentabilidade financeira só será possível através da redução da incidência destas doenças e da morbilidade que lhes está associada, sendo importante e fundamental incluir a saúde em todas as políticas, da promoção da saúde à prevenção da doença e das iniciativas concertadas dos cidadãos, da sociedade em geral e dos profissionais de saúde.(7)

1.2. Utilização dos Cuidados de Saúde

Os sistemas de saúde têm por objetivo reduzir as iniquidades em saúde, é condição prévia tornar os serviços acessíveis a todos, isto é, aumentar a oferta de serviços, colocando as pessoas no centro dos cuidados de saúde.(8) Uma melhor adequação entre necessidades de saúde e serviços, e da melhor relação entre recursos e resultados, ou seja, do melhor desempenho, tendo em vista a melhoria da saúde da população, a sustentabilidade do sistema de saúde e o envolvimento e participação das comunidades e das suas organizações, resultarão em ganhos em saúde.(6) Muitos dos cuidados de saúde, quer públicos quer particulares, são organizados em torno daquilo que os prestadores consideram ser eficaz e conveniente, frequentemente com pouca atenção ou compreensão sobre o que é importante para os seus clientes ou utilizadores.(8) Obter-se-ão mais facilmente ganhos em saúde se existir melhor adequação entre as necessidades de saúde e as respostas dos serviços e se existir melhor relação entre os recursos existentes e resultados obtidos.(6)

A utilização dos serviços de saúde é o centro do funcionamento dos sistemas de saúde, sendo a resposta institucional a uma demanda expressa pelo indivíduo.(9) O modo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados, do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde, do sistema de saúde e do contexto, sendo importante saber como os indivíduos utilizam os cuidados de saúde.(10, 11)

Diversos fatores influenciam o tipo e o nível de utilização dos serviços. Esses fatores dizem respeito às características individuais dos utilizadores, mas igualmente ao contexto, nomeadamente, às características do próprio sistema de saúde.(9) Os indivíduos na maior parte das vezes realizam o primeiro contato porque têm um problema de saúde, têm a percepção de uma necessidade, necessidade sentida. Um problema de saúde (acidente de viação, acidente de trabalho, entre outros...) corresponde a um estado de saúde julgado como deficiente pelo indivíduo, pelo profissional da saúde ou pela coletividade, em comparação tanto com as normas subjetivas e implícitas, quanto com as normas objetivas e explícitas. Uma necessidade de saúde revela, em dado momento, uma lacuna a ser preenchida entre uma situação desejada e uma situação real em termos de saúde.(9) Os indivíduos perante um problema de saúde desenvolvem uma necessidade sentida, percepção sobre os seus problemas de saúde, expressam essa necessidade através da procura dos cuidados ou serviços de saúde.(12) Essa procura dos cuidados de saúde vai permitir a distinção de perfis diferentes entre os utilizadores dos serviços ou cuidados de saúde, de acordo com a frequência de utilização, com o número de episódios de cuidados à saúde e os motivos.(9)

1.3. Determinantes de Saúde da Utilização dos Cuidados de Saúde

A utilização dos cuidados de saúde e o acesso são vitais para o bem-estar e para uma saúde equitativa(5), sendo preciso ter em conta os seus determinantes. Os determinantes podem ser geradores de desigualdades, que se podem manifestar no modo como os indivíduos nascem e se desenvolvem, repercutindo-se na educação, ocupação ou habitação.(5) No nível macro, essas desigualdades podem ocorrer nas políticas públicas, sociais e macroeconómicas, nos valores da sociedade e no contexto sociopolítico. Dentro das características dos indivíduos que podem afetar a utilização dos cuidados de saúde podemos distinguir os fatores de predisposição e os fatores capacitantes.(11) Nos fatores de predisposição insere-se o nível educacional e cultural, a ocupação, a etnia, e as redes sociais e familiares, estes influenciam as convicções em saúde, atitudes e valores perante a saúde e cuidados de saúde, as quais podem condicionar a subsequente perceção de necessidade e utilização de serviços de saúde.(5, 11) Quanto ao grupo de fatores de capacitação salientam-se os meios necessários para o indivíduo aceder aos serviços de saúde, e assim efetivar a utilização dos mesmos, como o rendimento ou capacidade de pagar e o local de residência. As características dos indivíduos juntamente com as características do sistema de prestação vão condicionar a utilização dos cuidados de saúde.(11, 13, 14) O sistema de cuidados de saúde é, em si mesmo, um determinante social da saúde, influenciado e influente do efeito de outros determinantes sociais.(5) Os determinantes da utilização dos serviços de saúde podem ser descritos como aqueles fatores relacionados à necessidade de saúde, morbilidade, gravidade e urgência da doença; aos usuários, características demográficas (idade e sexo), geográficas (região), socioeconómicas (rendimentos, educação), culturais e psíquicas; aos prestadores de serviços; à organização, recursos disponíveis, características da oferta (disponibilidade de médicos, hospitais, ambulatórios), modo de remuneração, acesso geográfico e social; à política, tipo de sistema de saúde, financiamento, tipo de seguro de saúde, quantidade, tipo de distribuição dos recursos, legislação e regulamentação profissional e do sistema, entre outros.(5, 9-11, 14) Recaindo sobre a natureza da morbilidade apresentada pelo indivíduo o papel de determinante central da utilização. Sabemos ainda que quanto mais grave a morbilidade, mais frequente e mais intensa será a utilização, aumentando igualmente com a idade.

Para além da morbilidade ou necessidade clínica verificamos que o sistema de prestação de cuidados de saúde em Portugal tem em conta alguns dos fatores que influenciam a utilização de cuidados de saúde, nomeadamente de consultas médicas e consultas de medicina dentária, evidenciando a existência de iniquidades favorecendo os grupos de rendimento mais elevado.(11) As mulheres, por um lado, utilizam mais os serviços de saúde em comparação aos homens, mas essa utilização mais frequente é explicada, em grande parte, pela gravidez e pelo parto.(9) Num estudo europeu em que Portugal participou, o mau

estado de saúde foi reportado com maior frequência no grupo das mulheres com melhor nível de educação.(11)

O nível socioeconómico influencia igualmente a utilização (5), os mais desfavorecidos, têm uma prevalência mais elevada de doenças, um pior estado de saúde e possuem acessibilidade reduzida aos cuidados de saúde, mesmo com o serviço nacional de saúde sendo universal e tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito (9, 11, 15, 16), estes utilizam menos os serviços de saúde. As barreiras financeiras, como os custos com o transporte, os custos com as taxas moderadoras caso não tenham isenção, os custos com os medicamentos, a baixa literacia em saúde implica a redução ao acesso aos cuidados à saúde das pessoas menos favorecidas. Na maioria dos países europeus existem desigualdades no estado de saúde em função do rendimento e da educação, sendo mais marcantes em Portugal.(11) O resultado disso é, provavelmente, uma utilização dos serviços mais baixa pelos menos favorecidos.(9, 11)

Na utilização dos cuidados de saúde temos também de ter em conta a acessibilidade, que é definida por uma distância criada entre uma fonte de serviços e seus utilizadores. O conceito de acesso aos cuidados de saúde é um pilar fundamental das políticas de saúde sendo entendido, socialmente, como fator determinante para a obtenção de ganhos adicionais em saúde.(11) No entanto, o acesso efetivo aos cuidados de saúde dependerá também de eventuais barreiras à utilização apropriada de cuidados de saúde, sejam elas económicas, sociais, organizacionais ou culturais. O acesso aos cuidados de saúde é indissociável da questão de equidade do sistema de saúde, sendo esta definida como a ausência de diferenças sistemáticas, e potencialmente evitáveis, em um ou mais aspetos da saúde, entre grupos populacionais caracterizados social, geográfica ou demograficamente.(11) Neste contexto, um aspeto fundamental é o acesso a cuidados de saúde de qualidade em função das necessidades clínicas dos cidadãos e do seu perfil.(11) Sendo um dos aspetos da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população.(9, 10)

As desigualdades em saúde, cuidados de saúde e sua utilização e determinantes não têm sido uma prioridade em Portugal como podemos observar pela pouca evidência existente ao nível da medição e explicação sobre seus determinantes.(11) Os governos no seu planeamento e nas suas abordagens para melhorar a saúde têm de atuar sobre os determinantes estruturais e sociais da saúde e abordar as desigualdades na saúde.(17, 18) Sendo necessário desenvolver e fortalecer a força de trabalho da saúde, e expandir as capacidades para atuar sobre os determinantes da Saúde.(5) As principais áreas de ação abordadas, no documento “*Health 2020*”, em relação ao desenvolvimento, fortalecimento e manutenção da saúde pública existente, capacidades e serviços, têm como objetivo melhorar a saúde e combater as desigualdades na saúde através da ação sobre os determinantes de

saúde.(17, 18) Mas só é possível através da identificação desses determinantes de saúde e sua distribuição assim como determinar o estado de saúde da população e as necessidades de saúde e bem-estar.(17, 18) Porque nenhum dado geralmente significa nenhum reconhecimento do problema e uma boa evidência sobre os níveis de saúde e sua distribuição, e sobre a determinantes sociais da saúde, é essencial para a compreensão da magnitude do problema, avaliando os efeitos das ações e monitorando o progresso.(5) É provável que a atenção prestada aos determinantes sociais da saúde, incluindo cuidados de saúde, torne os serviços de saúde mais eficazes.(5)

1.4. Cuidados de Saúde em Adultos Jovens

O adulto jovem, período que abrange aproximadamente dos 18 aos 26 anos de idade, é um período relevante de desenvolvimento, com implicações duradouras para a segurança económica, a saúde e o bem-estar do indivíduo.(19) Muitos serão ou são pais que desempenharão um papel importante no desenvolvimento saudável da próxima geração.

Os jovens adultos também são contribuintes importantes para o mercado de trabalho, encontrando-se na idade de entrada neste, mas por outro lado para alguns o desemprego é também uma realidade sendo esperadas mudanças na dinâmica familiar e pessoal. (13, 18, 19) Além disso, os adultos jovens enfrentam demandas maiores do que as gerações recentes enfrentaram, como a reestruturação económica global, avanços em tecnologias de informação e comunicação, urbanização e os ajustes no mercado de trabalho alteraram radicalmente o panorama de risco e oportunidade. (13) Todos estes fatores afetam o estado de saúde dos indivíduos, quer mental quer físico, de modo que seja necessário um acompanhamento mais próximo dos serviços de saúde. Ao nível socioeconómico e tendo como ponto de partida a conjectura retratada anteriormente, esta fase da vida dos adultos jovens é preenchida de uma grande incerteza e dificuldades económicas, o que vai influenciar negativamente o acesso aos cuidados de saúde e utilização dos mesmos, mesmo em caso de necessidade.

Apesar de serem frequentemente um público-alvo distinto para comercializar produtos e serviços, os jovens adultos são raramente tratados como uma população única em políticas de saúde, na construção de programas de saúde e pesquisa e são muitas vezes agrupados com todos os adultos ou com adolescentes, recebendo pouca atenção.(13-15) Do mesmo modo que o comércio e os serviços vêem os adultos jovens como público alvo distinto também a saúde e os cuidados de saúde o devem fazer, de forma a levar estes indivíduos a utilizarem os cuidados de saúde para que seja possível uma intervenção nos problemas de saúde mais precocemente e que seja criada a oportunidade de promover a saúde e prevenir as doenças.

A idade adulta jovem marca um ponto crítico no desenvolvimento, em que assumem a responsabilidade pela própria saúde. Os cuidados de saúde também são essenciais para os adultos jovens, embora se encontrem numa faixa etária caracterizada por ser saudável, é nesta

idade que aumenta a probabilidade de ocorrer uma variedade de comportamentos comprometedores da saúde e estando com risco aumentado de dificuldades, por exemplo relativas à sua saúde mental, que a longo prazo podem ter implicações para a sua saúde.(20) As principais causas de morte nesta população estão relacionadas com os seus estilos de vida, com os comportamentos que adotam e com o risco que correm no seu dia a dia(19). Devido às suas necessidades particulares, perfis de risco para a saúde e transições de pediatria para ambientes de cuidados para adultos, os adultos jovens devem ser vistos como uma subpopulação distinta nas políticas de saúde, planeamento, programação e pesquisa.(19, 21) Esta idade envolve exploração e o início do caminho para a independência, sendo este período único e essencial na vida(22), sendo de particular importância estabelecer uma relação com os cuidados de saúde de forma apoiar os adultos jovens nos vários problemas de saúde que surgem neste período. A fase de adulto jovem proporciona uma importante oportunidade para a prevenção de doenças graves e distúrbios que podem ser evitados ou melhor controlados, se os adultos jovens estiverem envolvidos em práticas de bem-estar e cientes dos primeiros sinais de doença ou evidência de doença não tratada(19, 23), sendo os cuidados de saúde importantes para modificar os riscos evitáveis. Apresentando um risco surpreendentemente elevado de morte e doença de várias formas em comparação com adolescentes. Em comparação com outros grupos etários, os adultos jovens têm a maior taxa de morte e lesões de veículos motorizados, homicídios, problemas de saúde mental, infeções sexualmente transmissíveis e abuso de substâncias.(19, 23) Estes fatores têm implicações importantes para comportamentos de risco futuros. Nesta idade os indivíduos experimentam grandes mudanças nos aspetos físicos, mentais e no desenvolvimento social.(21, 22) A transição do adolescente para o atendimento médico e comportamental em adultos frequentemente está associada a resultados menos positivos entre adultos jovens, principalmente pela pouca atenção prestada pelos serviços de saúde a este grupo e também porque estes à medida que envelhecem têm menos probabilidade de realizar exercício físico, obter cuidados de saúde e dentários regulares.(19, 21, 24) Os adultos jovens enfrentam maiores obstáculos ao acesso aos cuidados de saúde e são menos propensos à utilização de cuidados preventivos do que adolescentes.(20) Principalmente pelos desafios que incluem descontinuidades na utilização dos cuidados, diferenças entre os sistemas de saúde infantil e o adulto, dificuldades em romper o vínculo com os prestadores de saúde pediátricos, apoio na transição, falha dos prestadores de saúde pediátricos para preparar adolescentes para um modelo de cuidados para adultos e uma falta de comunicação entre prestadores de saúde pediátricos e adultos, a baixa literacia em saúde.(19, 21, 24, 25) Estes desafios evidenciam a importância de identificar fatores e determinantes que promovam a utilização dos cuidados de saúde principalmente durante a transição para a idade adulta jovem.(20)

Tal como nas restantes idades, a vulnerabilidade dos adultos jovens a condições adversas de saúde é maior entre aqueles de menor posição socioeconómica e de minorias, que podem estar expostos a maiores riscos e perigos do que indivíduos mais favorecidos, e carecem de redes de segurança para protegê-los. Isso faz com que os adultos jovens socioeconomicamente mais desfavorecidos realizem menos consultas médicas, mas ao mesmo tempo mais idas à urgência do que os mais favorecidos, estando estes mais relacionados a uma melhor saúde.(21, 23)

No entanto, a maioria desses problemas de saúde são evitáveis, o que significa que há oportunidades para intervir e promover a saúde ao longo da vida. Mas raramente recebem aconselhamento preventivo em questões importantes para esta idade, sendo que a maior parte das questões relacionadas com a saúde nesta altura são preveníveis(19). Por média os adultos jovens realizam 3 visitas ao médico por ano.(21) Apresentando taxas significativamente mais baixas de utilização dos cuidados de saúde do que o resto da população.(10, 26) Para além disso as mulheres nesta faixa etária utilizam mais os cuidados de saúde do que os homens e consomem mais medicamentos.(21, 23) Esta população também tem um número elevado de idas à urgência.(23)

A saúde oral é um componente crítico da saúde em geral, tendo um impacto significativo na qualidade de vida das pessoas quando ficam comprometidas funções tão básicas como mastigação, fala, sorriso.(27) Nos últimos anos, houve um aumento acentuado no uso das urgências para cuidados dentários, em grande parte para condições evitáveis que poderiam ter sido evitadas com cuidados dentários de rotina(28), principalmente porque muitas pessoas são portadoras crónicas de infeções na cavidade oral limitando-se a sobrecarregar o serviço de urgência em caso de agudização(27). Relativamente às idas ao dentista sabemos que quem é socioeconomicamente mais desfavorecido e quem tem uma auto-perceção da sua saúde má utiliza menos esses cuidados.(28, 29) Principalmente porque em Portugal a equidade e acesso aos cuidados de saúde oral estão longe de atingir resultados aceitáveis(27). Outro dado é que as mulheres vão mais vezes do que os homens ao dentista.(26)

Tornando-se assim um grupo etário prioritário de estudo da utilização dos cuidados de saúde e dos seus determinantes.

2. Objetivo

Descrever a utilização de cuidados de saúde em adultos jovens e a sua relação com características socioeconómicas, comportamentais e de saúde.

3.Participantes e Métodos

O trabalho foi desenvolvido no âmbito da coorte Epidemiological Health Investigation of Teenagers in Porto (EPITeen). O projeto, e todas as suas avaliações, foram aprovados pela Comissão de Ética do Hospital de São João e do Instituto de Saúde Pública da universidade do Porto. Em todas as avaliações foi obtido o consentimento escrito e informado dos participantes (nas duas avaliações iniciais, além do consentimento do participante foi também recolhido o consentimento dos seus tutores legais). Todas as avaliações foram aprovadas pela Comissão Nacional de Proteção de Dados.

A coorte integra 2942 adolescentes nascidos em 1990 e recrutados nas escolas públicas e particulares da cidade do Porto. A avaliação inicial, que decorreu no ano letivo 2003/2004, foram identificados 2787 adolescentes elegíveis, destes participaram 2159 adolescentes a que corresponde a uma proporção de participação de 77,5%, semelhante em escolas públicas e particulares (77,7% vs. 77,0%, $p=0,71$). Em 2006/2007 (17 anos) foi realizada uma nova avaliação onde participaram 1716 dos adolescentes que tinham sido recrutados em 2003/2004 (proporção de participação 79,5%). Além destes adolescentes 783 foram avaliados pela primeira vez, adolescentes nascidos em 1990. Até ao momento realizaram-se duas avaliações na idade adulta, uma em 2011-2013 e outra em 2014/2015.

Neste estudo foram usados dados, recolhidos na terceira avaliação da coorte EPITeen que decorreu em 2011-2013 sendo a idade média dos participantes de 21 anos. Neste estudo foram considerados os 1764 participantes avaliados na terceira avaliação (60% do total da coorte). Nos participantes incluídos neste estudo é significativamente maior a proporção de alunos com pais mais escolarizados e que foram recrutados em escolas particulares. (Tabela1)

Tabela 1 - Comparação entre os indivíduos considerados neste estudo e os restantes elementos da coorte		
Variáveis	Participantes incluídos	Participantes não avaliados
n	1764	1178
Sexo		
Feminino	908 (51,5%)	599 (50,8%)
Escolaridade Máxima dos Pais		
<= 6 anos	384 (21,8%)	390 (33,1%)
7 - 9 anos	314 (17,8%)	249 (21,1%)
10 - 12 anos	480 (27,2%)	251 (21,3%)
13 anos =>	574 (32,5%)	188 (16,0%)
Tipo de Escola		
Pública	941 (53,3%)	709 (60,2%)
Particular	377 (21,4%)	132 (11,2%)

Os dados foram recolhidos através de questionários estruturados. As informações sobre características socioeconómicas e demográficas, cuidados de saúde, história familiar e pessoal de doença foram recolhidas por inquiridor e as variáveis sobre características comportamentais utilizando questionário autoaplicado.

A informação sobre cuidados de saúde refere-se aos 12 meses anteriores à entrevista. Nos indicadores da utilização de cuidados de saúde foram consideradas as idas ao dentista, o número de vezes que consultou o médico (independentemente da especialidade) e que recorreu ou não à urgência hospitalar assim como o motivo pelo qual recorreu. Foi ainda considerada a informação sobre o tipo de cuidados a que os indivíduos recorrem por rotina à consulta pública (Cuidados de saúde primários ou Consulta hospitalar pública) ou consulta particular (Consultório particular ou subsistemas de saúde). Foram também consideradas as variáveis a toma de medicamentos de forma crónica continuada (não e sim), e o uso de suplementos de vitaminas ou minerais (não, sim e não sabe).

Para caracterização da saúde do participante foi avaliada a auto-perceção sobre a sua saúde em geral (Ótima, Muito boa, Boa, Razoável e Fraca). Foi considerada a informação sobre o diagnóstico de doença que obrigue a cuidados de saúde regulares e se alguma vez lhe foi diagnosticado rinite, asma, alergias, depressão.

Para caracterização socioeconómica foram consideradas a escolaridade máxima dos pais (o número de anos de escolaridade completos, considerando o progenitor com nível de escolaridade mais elevado), o rendimento do agregado familiar (o rendimento líquido do agregado familiar, médio, mensal, em euros, tendo como opções de resposta as categorias: Até 500€; 501 -1500€; 1501 - 2000€; Mais de 2001€), a perceção do rendimento do agregado familiar (tendo como opções de resposta: Insuficientes; Tem de ter cuidado com os gastos; Chega para as suas necessidades; Confortáveis) e a situação profissional da atividade principal do participante (Empregado(a) a tempo inteiro; Empregado(a) parcial pelo menos 15h semanais; Desempregado ou Empregado(a) num emprego precário menos de 15h semanais; Estudante/na escola/em formação), à data da entrevista.

Na caracterização comportamental foram consideradas a prática de desporto (não e sim), o consumo de tabaco (Nunca fumou; Ex fumador; Fuma), o consumo de álcool (Não bebe; Bebe mas nunca se embriagou; Bebe e já se embriagou) e o consumo de frutas (habitualmente, quantas peças de fruta come por semana) e legumes (sem contabilizar a sopa, quantas vezes por semana come legumes e/ou saladas no prato).

O peso e a estatura do adolescente foram medidos com os participantes descalços e vestindo apenas roupa interior. A avaliação do peso foi realizada utilizando um equipamento com Bio-impedância (Tanita®), com o participante sobre o centro da plataforma da balança de forma a que o peso se distribuisse igualmente pelos dois pés. A estatura foi medida com

um estadiómetro portátil, em pé, com os calcanhares unidos, a cabeça posicionada no plano horizontal de Frankfurt, e com os calcanhares, as nádegas, as espáduas e a cabeça apoiados à parede posterior do estadiómetro (30). O índice de massa corporal (IMC) foi calculado dividindo o peso (em quilogramas) pelo quadrado da estatura (em metros), e os adolescentes foram classificados de acordo com os critérios da OMS (31).

Na análise estatística, as variáveis contínuas foram categorizadas de modo a que as variáveis criadas possuíssem categorias com um número de participantes que permita a análise, relativamente ao número de indivíduos por categoria.

As variáveis categóricas foram descritas pelas frequências absolutas e relativas e comparadas recorrendo ao Chi-quadrado.

Para medir a associação entre as características dos participantes e as variáveis que descrevem a utilização de cuidados de saúde, a toma de medicamentos de forma crónica continuada e o uso de suplementos de vitaminas ou minerais, foram usados *Odds Ratio* (OR) e respetivos intervalos de confiança a 95% (IC95%) estimados por regressão logística binária. As associações foram ajustadas para o sexo e a escolaridade máxima dos pais. Estas variáveis foram escolhidas por serem aquelas que apresentavam mais diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis da utilização de cuidados de saúde, a toma de medicamentos de forma crónica continuada e o uso de suplementos de vitaminas ou minerais.

As análises foram realizadas recorrendo ao Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS Statistics para Windows, Versão 24). Foi considerado um nível de significância de 5%.

4. Resultados

A média (desvio padrão) de idas ao dentista foi de 2,71 (7,52) vezes e a média de vezes que consultaram o médico foi de 3,16 (7,56) vezes. Relativamente ao tipo de cuidados a que os indivíduos recorrem por rotina, à consulta pública recorreram 65,9% participantes e à consulta particular 33,4% (589) participantes. A toma de medicamentos de forma crónica foi reportada por, 49,4% dos participantes, e o uso de suplementos de vitaminas ou minerais por 28,2%.

A tabela 2 apresenta a descrição da utilização dos cuidados de saúde de acordo e as características demográficas e socioeconómicas. Nos participantes com nível socio económico mais elevado é mais elevada a proporção que recorre aos cuidados de saúde particulares, e que reporta mais idas ao médico e ao dentista. Neste grupo é também mais elevada a proporção que refere tomar vitaminas no ano anterior à entrevista.

Tabela 2 - Relação entre as características demográficas e socioeconómicas e a utilização de cuidados de saúde																
Variáveis		Consulta de Rotina			Idas ao dentista			Idas ao médico			Consumo de medicamentos			Consumo de vitaminas		
		Público n (%)	Particular n (%)	p	0 n (%)	1 ou mais n (%)	p	1 ou menos n (%)	2 ou mais n (%)	p	0 n (%)	1 ou mais n (%)	p	0 n (%)	1 ou mais n (%)	p
Sexo																
	Feminino	617 (68,2%)	288 (31,8%)	0,1	209 (23,2%)	693 (76,8%)	<0,001	288 (32,0%)	613 (68,0%)	<0,001	215 (23,7%)	693 (76,8%)	<0,001	657 (72,4%)	250 (27,6%)	0,366
	Masculino	546 (64,5%)	301 (35,5%)		262 (30,8%)	590 (69,2%)		424 (49,7%)	429 (50,3%)		678 (79,2%)	178 (20,8%)		602 (70,5%)	252 (29,5%)	
Estado marital																
	Casados ou em União de Fato	1085 (65,0%)	583 (35,0%)	<0,001	443 (26,5%)	1227 (73,5%)	0,148	683 (40,9%)	988 (59,1%)	0,321	857 (51,0%)	823 (49,0%)	0,174	1200 (71,6%)	477 (28,4%)	0,741
	Solteiro por qualquer motivo	77 (92,8%)	6 (7,2%)		28 (33,7%)	55 (66,3%)		29 (35,4%)	53 (64,6%)		36 (43,4%)	47 (56,6%)		58 (69,9%)	25 (30,1%)	
Tipo de Escola																
	Pública	681 (72,7%)	256 (27,3%)	<0,001	268 (28,7%)	667 (71,3%)	0,021	386 (41,3%)	548 (58,7%)	0,405	498 (52,9%)	443 (47,1%)	0,061	674 (71,6%)	267 (28,4%)	0,356
	Particular	194 (52,0%)	179 (48,0%)		84 (22,4%)	291 (77,6)		146 (38,8%)	230 (61,2%)		178 (47,2%)	199 (52,8%)		259 (69,1%)	116 (30,9%)	
Anos de escolaridade completos																
	<= 9	134 (91,8%)	12 (8,2%)	<0,001	65 (44,5%)	81 (55,5%)	<0,001	59 (41,0%)	85 (59,0%)	0,556	94 (63,5%)	54 (36,5%)	<0,001	115 (77,7%)	33 (22,3%)	0,02
	10 - 12	396 (84,4%)	73 (15,6%)		150 (32,1%)	317 (67,9%)		200 (42,6%)	269 (57,4%)		260 (55,4%)	209 (44,6%)		359 (76,7%)	109 (23,3%)	
	13 - 15	562 (55,9%)	443 (44,1%)		219 (21,8%)	786 (78,2%)		396 (39,4%)	609 (60,6%)		484 (47,9%)	526 (52,1%)		693 (68,8%)	315 (31,3%)	
	16 =>	62 (51,7%)	58 (48,3%)		32 (26,2%)	90 (73,8%)		54 (44,3%)	68 (55,7%)		49 (39,8%)	74 (60,2%)		80 (65,0%)	43 (35,0%)	
Escolaridade Máxima dos Pais																
	<= 6 anos	339 (88,7%)	43 (11,3%)	<0,001	137 (35,9%)	245 (64,1%)	<0,001	148 (38,8%)	233 (61,2%)	0,173	194 (50,5%)	190 (49,5%)	0,684	296 (77,1%)	88 (22,9%)	<0,001
	7 - 9 anos	267 (85,0%)	47 (15,0%)		83 (26,5%)	230 (73,5%)		128 (40,9%)	185 (59,1%)		151 (48,1%)	163 (51,9%)		238 (76,0%)	75 (24,0%)	
	10 - 12 anos	303 (63,4%)	175 (36,6%)		118 (24,6%)	361 (75,4%)		181 (37,8%)	298 (62,2%)		240 (50,0%)	240 (50,0%)		342 (71,4%)	137 (28,6%)	
	13 anos =>	244 (43,1%)	322 (56,9%)		127 (22,4%)	441 (77,6%)		251 (44,1%)	318 (55,9%)		300 (52,3%)	274 (47,7%)		373 (65,1%)	200 (34,9%)	
Condição Principal de Trabalho																
	Empregado(a) a tempo inteiro	201 (75,6%)	65 (24,4%)	<0,001	77 (28,9%)	189 (71,1%)	<0,001	110 (41,2%)	157 (58,8%)	0,852	148 (55,4%)	119 (44,6%)	0,224	189 (70,8%)	78 (29,2%)	0,010
	Empregado(a) parcial >= 15h/sem	106 (88,3%)	14 (11,7%)		40 (33,3%)	80 (66,7%)		47 (39,5%)	72 (60,5%)		54 (45,0%)	66 (55,0%)		98 (81,7%)	22 (18,3%)	
	Desempregado ou Emp.(a) a tempo parcial <15h/sem	199 (84,0%)	38 (16,0%)		93 (39,2%)	144 (60,8%)		90 (38,1%)	146 (61,9%)		122 (51,3%)	116 (48,7%)		187 (78,9%)	50 (21,1%)	
	Estudante	636 (58,1%)	458 (41,9%)		247 (22,6%)	848 (77,4%)		450 (41,1%)	646 (58,9%)		548 (49,7%)	554 (50,3%)		757 (68,8%)	343 (31,2%)	
Rendimento líquido do agregado familiar																
	Até 500 €	308 (88,5%)	40 (11,5%)	<0,001	136 (39,2%)	211 (60,8%)	<0,001	132 (38,0%)	215 (62,0%)	0,609	157 (45,1%)	191 (54,9%)	0,53	269 (77,3%)	79 (22,7%)	<0,001
	501 -1500 €	280 (80,9%)	66 (19,1%)		85 (24,5%)	262 (75,5%)		148 (42,5%)	200 (57,5%)		183 (52,4%)	166 (47,6%)		259 (74,4%)	89 (25,6%)	
	1501 - 2000 €	183 (73,2%)	67 (26,8%)		66 (26,4%)	184 (73,6%)		96 (38,2%)	155 (61,8%)		124 (49,4%)	127 (50,6%)		184 (73,3%)	67 (26,7%)	
	Mais de 2001 €	268 (44,1%)	340 (55,9%)		124 (20,3%)	486 (79,7%)		245 (40,3%)	363 (59,7%)		331 (54,1%)	281 (45,9%)		389 (63,8%)	221 (36,2%)	
Auto-perceção dos rendimentos do agregado familiar																
	Insuficientes	122 (91,7%)	11 (8,3%)	<0,001	59 (44,7%)	73 (55,3%)	<0,001	61 (45,9%)	72 (54,1%)	0,307	67 (50,4%)	66 (49,6%)	0,069	101 (75,9%)	32 (24,1%)	<0,001
	Tem de ter cuidado com os gastos	458 (77,4%)	134 (22,6%)		170 (28,7%)	423 (71,3%)		227 (38,3%)	365 (61,7%)		291 (49,0%)	303 (51,0%)		449 (75,7%)	144 (24,3%)	
	Chega para as suas necessidades	390 (66,8%)	194 (33,2%)		137 (23,5%)	445 (76,5%)		236 (40,5%)	347 (59,5%)		282 (48,0%)	305 (52,0%)		415 (70,7%)	172 (29,3%)	
	Confortáveis	177 (42,0%)	244 (58,0%)		95 (22,4%)	329 (77,6%)		181 (42,8%)	242 (57,2%)		238 (56,0%)	187 (44,0%)		273 (64,5%)	150 (35,5%)	

Após ajuste para o sexo e para a escolaridade máxima dos pais (tabela 3), os jovens de classe social mais favorecida (mais escolaridade dos próprios e dos pais e mais rendimento quer reportado quer percebido) têm maior odds de recorrer a cuidados de saúde particulares e de ter feito pelo menos uma consulta no dentista no ano anterior à entrevista. O mesmo padrão se observou para o consumo de medicamentos e suplementos, embora para a generalidade das variáveis estudadas a associação não atingiu significado estatístico. Nenhuma das características demográficas e socioeconómicas se associou com o recurso a consultas médicas.

Tabela 3 - Modelo de regressão logística binária da relação entre as características demográficas e socioeconómicas e utilização dos cuidados de saúde										
Variáveis	Realizar a consulta de rotina no particular		Pelo menos uma ida ao dentista		Duas ou mais idas ao médico		Consumir medicamentos		Consumir suplementos de vitaminas ou minerais	
	OR (IC 95%)		OR (IC 95%)		OR (IC 95%)		OR (IC 95%)		OR (IC 95%)	
	Bruto	Ajustado *	Bruto	Ajustado *	Bruto	Ajustado *	Bruto	Ajustado *	Bruto	Ajustado *
Estado marital										
Casados ou em União de Fato	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Solteiro por qualquer motivo	0,12 (0,02 - 0,89)	0,30 (0,13 - 0,71)	2,39 (0,54 - 10,68)	0,83 (0,51 - 1,354)	2,84 (0,64 - 12,56)	1,08 (0,67 - 1,74)	2,34 (0,67 - 8,23)	0,95 (0,55 - 1,62)	1,23 (0,46 - 3,23)	1,37 (0,83 - 2,25)
Tipo de Escola										
Pública	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Particular	2,90 (1,75 - 4,83)	1,38 (1,05 - 1,82)	1,27 (0,70 - 2,28)	1,13 (0,83 - 1,52)	0,88 (0,52 - 1,50)	1,17 (0,90 - 1,53)	1,27 (0,75 - 2,16)	1,23 (0,90 - 1,68)	1,13 (0,69 - 1,87)	1,00 (0,76 - 1,33)
Anos de escolaridade completos										
<= 9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10 - 12	1,41 (0,36 - 5,57)	1,43 (0,74 - 2,77)	1,20 (0,51 - 2,79)	1,61 (1,08 - 2,38)	0,65 (0,25 - 1,70)	0,97 (0,65 - 1,45)	1,39 (0,63 - 3,08)	1,81 (1,13 - 2,88)	0,91 (0,39 - 2,10)	1,07 (0,67 - 1,69)
13 - 15	7,61 (2,27 - 25,52)	3,64 (1,92 - 6,92)	2,58 (1,19 - 5,60)	2,33 (1,55 - 3,49)	0,73 (0,30 - 1,75)	1,08 (0,72 - 1,62)	1,91 (0,94 - 3,86)	2,05 (1,28 - 3,29)	1,19 (0,57 - 2,48)	1,38 (0,88 - 2,19)
16 =>	7,86 (2,03 - 30,46)	3,69 (1,77 - 7,73)	1,36 (0,49 - 3,72)	1,76 (1,00 - 3,10)	0,65 (0,22 - 1,96)	0,90 (0,53 - 1,54)	1,73 (0,66 - 4,53)	3,10 (1,64 - 5,85)	1,18 (0,45 - 3,10)	1,55 (0,87 - 2,78)
Condição Principal de Trabalho										
Empregado(a) a tempo inteiro	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Empregado(a) parcial >= 15h/sem	0,10 (0,01 - 0,84)	0,34 (0,18 - 0,65)	2,40 (0,61 - 9,50)	0,71 (0,44 - 1,14)	0,81 (0,26 - 2,58)	0,97 (0,62 - 1,52)	1,27 (0,42 - 3,88)	1,09 (0,64 - 1,84)	0,97 (0,34 - 2,74)	0,53 (0,31 - 0,91)
Desempregado ou Emp.(a) a tempo parcial <15h/sem	0,37 (0,15 - 0,95)	0,53 (0,33 - 0,85)	0,72 (0,31 - 1,66)	0,56 (0,39 - 0,83)	0,65 (0,27 - 1,58)	1,09 (0,75 - 1,57)	0,79 (0,36 - 1,77)	0,91 (0,60 - 1,40)	0,67 (0,30 - 1,52)	0,62 (0,41 - 0,94)
Estudante	1,53 (0,78 - 3,00)	1,04 (0,74 - 1,47)	1,43 (0,69 - 2,96)	1,14 (0,82 - 1,58)	0,80 (0,38 - 1,70)	1,01 (0,75 - 1,36)	0,93 (0,47 - 1,83)	1,14 (0,81 - 1,63)	1,18 (0,61 - 2,25)	0,91 (0,66 - 1,25)
Rendimento líquido do agregado familiar										
Até 500 €	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
501 -1500 €	1,81 (1,19 - 2,78)	1,61 (1,04 - 2,49)	1,99 (1,43 - 2,75)	2,01 (1,44 - 2,81)	0,83 (0,61 - 1,12)	0,89 (0,65 - 1,22)	0,75 (0,55 - 1,00)	0,84 (0,58 - 1,22)	1,17 (0,83 - 1,66)	1,12 (0,79 - 1,60)
1501 - 2000 €	2,82 (1,83 - 4,34)	2,00 (1,28 - 3,14)	1,80 (1,26 - 2,56)	1,80 (1,24 - 2,62)	0,99 (0,71 - 1,39)	1,08 (0,76 - 1,53)	0,84 (0,61 - 1,17)	0,90 (0,60 - 1,36)	1,24 (0,85 - 1,80)	1,11 (0,75 - 1,64)
Mais de 2001 €	9,77 (6,77 - 14,09)	5,09 (3,42 - 7,57)	2,53 (1,89 - 3,38)	2,62 (1,85 - 3,71)	0,91 (0,69 - 1,19)	1,15 (0,84 - 1,59)	0,70 (0,54 - 0,91)	1,00 (0,69 - 1,45)	1,93 (1,43 - 2,61)	1,56 (1,11 - 2,20)
Auto-perceção dos rendimentos do agregado familiar										
Insuficientes	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Tem de ter cuidado com os gastos	3,25 (1,70 - 6,20)	2,75 (1,41 - 5,35)	2,01 (1,37 - 2,96)	1,96 (1,32 - 2,91)	1,36 (0,93 - 1,99)	1,45 (0,98 - 2,14)	1,06 (0,73 - 1,54)	1,05 (0,67 - 1,66)	1,01 (0,65 - 1,57)	0,95 (0,61 - 1,48)
Chega para as suas necessidades	5,52 (2,90 - 10,47)	4,01 (2,07 - 7,77)	2,63 (1,77 - 3,89)	2,55 (1,70 - 3,82)	1,25 (0,85 - 1,82)	1,39 (0,92 - 2,06)	1,10 (0,75 - 1,60)	1,26 (0,79 - 1,99)	1,31 (0,85 - 2,02)	1,17 (0,75 - 1,83)
Confortáveis	15,29 (8,00 - 29,19)	7,97 (4,08 - 15,58)	2,80 (1,85 - 4,28)	2,57 (1,65 - 3,98)	1,13 (0,77 - 1,68)	1,40 (0,92 - 2,13)	0,80 (0,54 - 1,18)	1,00 (0,61 - 1,64)	1,73 (1,11 - 2,71)	1,36 (0,85 - 2,17)

Ajustado * para sexo e escolaridade máxima dos pais

Quando considerada a relação entre características comportamentais e a utilização de cuidados de saúde (tabela 4). Verificamos que os fumadores tendem a usar mais cuidados de saúde. Relativamente aos comportamentos promotores de saúde, prática de desporto, consumo de fruta e legumes, tendencialmente há maior utilização de cuidados de saúde pelos jovens que reportam comportamentos mais saudáveis, embora o consumo de medicamentos e suplementos só mostra diferenças estatisticamente significativas relativamente à prática de desporto.

Tabela 4 - Relação entre as caraterísticas comportamentais e a utilização de cuidados de saúde															
Variáveis	Consulta de Rotina			Idas ao dentista			Idas ao médico			Consumo de medicamentos			Consumo de vitaminas		
	Público n (%)	Particular n (%)	p	0 n (%)	1 ou mais n (%)	p	1 ou menos n (%)	2 ou mais n (%)	p	0 n (%)	1 ou mais n (%)	p	0 n (%)	1 ou mais n (%)	p
Consumo de Tabaco															
Nunca fumou	331 (67,6%)	159 (32,4%)	0,44	127 (25,8%)	365 (74,2%)	0,025	188 (38,1%)	306 (61,9%)	0,002	245 (49,5%)	250 (50,5%)	0,013	357 (72,4%)	136 (27,6%)	0,694
Ex fumador	426 (67,2%)	208 (32,8%)		193 (30,4%)	441 (69,6%)		293 (46,3%)	340 (53,7%)		351 (55,1%)	286 (44,9%)		449 (70,6%)	187 (29,4%)	
Fuma	393 (64,3%)	218 (35,7%)		145 (23,8%)	465 (76,2%)		227 (37,3%)	382 (62,7%)		288 (47,0%)	325 (53,0%)		438 (71,5%)	175 (28,5%)	
Consumo de Álcool															
Não bebe	41 (89,1%)	5 (10,9%)	<0,001	18 (39,1%)	28 (60,9%)	0,248	14 (31,1%)	31 (68,9%)	<0,001	21 (44,7%)	26 (55,3%)	<0,001	34 (72,3%)	13 (27,7%)	0,369
Bebe mas nunca se embriagou	446 (73,2%)	163 (26,8%)		155 (25,5%)	454 (74,5%)		207 (33,9%)	404 (66,1%)		256 (41,8%)	356 (58,2%)		448 (73,4%)	162 (26,6%)	
Bebe e já se embriagou	663 (61,4%)	417 (38,6%)		291 (26,9%)	790 (73,1%)		486 (45,0%)	594 (55,0%)		606 (55,8%)	480 (44,2%)		762 (70,2%)	323 (29,8%)	
Pratica desporto															
Não	614 (72,7%)	231 (27,3%)	<0,001	271 (32,1%)	574 (67,9%)	<0,001	335 (39,8%)	507 (60,2%)	0,484	376 (44,3%)	742 (55,7%)	<0,001	637 (75,2%)	210 (24,8%)	0,008
Sim	547 (60,4%)	358 (39,6%)		199 (21,9%)	708 (78,1%)		377 (41,4%)	533 (58,6%)		515 (56,4%)	398 (43,6%)		620 (68,1%)	291 (31,9%)	
Fruta (porções por semana)															
<= 6	600 (70,0%)	257 (30,0%)	0,006	263 (30,7%)	595 (69,3%)	<0,001	373 (43,5%)	484 (56,5%)	0,061	464 (53,8%)	398 (46,2%)	0,831	623 (72,4%)	238 (27,6%)	0,831
7 - 13	303 (62,7%)	180 (37,3%)		101 (20,8%)	384 (79,2%)		185 (38,1%)	300 (61,9%)		239 (49,1%)	248 (50,9%)		331 (68,2%)	154 (31,8%)	
14 =>	249 (62,7%)	148 (37,3%)		104 (26,4%)	290 (73,6%)		149 (37,7%)	246 (62,3%)		181 (45,6%)	216 (54,4%)		290 (73,0%)	107 (27,0%)	
Legumes e/ou saladas (porções por semana)															
<= 2	346 (73,9%)	122 (26,1%)	0,327	163 (34,8%)	306 (65,2%)	<0,001	207 (44,2%)	261 (55,8%)	0,024	250 (53,2%)	220 (46,8%)	0,327	357 (76,1%)	112 (23,9%)	0,327
3 - 6	347 (68,2%)	162 (31,8%)		137 (26,9%)	372 (73,1%)		215 (42,4%)	292 (57,6%)		279 (54,6%)	232 (45,4%)		359 (70,5%)	150 (29,5%)	
7 - 13	278 (61,6%)	173 (38,4%)		98 (21,6%)	355 (78,4%)		183 (40,2%)	272 (59,8%)		222 (48,7%)	234 (51,3%)		320 (70,2%)	136 (29,8%)	
14 =>	181 (58,2%)	130 (41,8%)		69 (22,4%)	239 (77,6%)		104 (33,7%)	205 (66,3%)		135 (43,4%)	176 (56,6%)		211 (67,8%)	100 (32,2%)	

Após ajuste para o sexo e para a escolaridade máxima dos pais (Tabela 5), o consumo de tabaco apenas se associou significativamente com um maior odds de consumir medicamentos (OR=1,40, IC95% 1,04-1,85) e o consumo de bebidas alcoólicas com a realização da consulta de rotina no particular. A prática de desporto associou-se a um maior odds de recorrer aos cuidados particulares, de ir ao dentista e de tomar

suplementos. O consumo de legumes mostrou uma associação mais forte com a utilização de cuidados de saúde do que o consumo de fruta, verificando-se um maior recurso aos cuidados particulares, ao dentista e ao médico entre os que reportaram maior consumo de legumes.

Tabela 5 - Modelo de regressão logística binária da relação entre as características comportamentais e utilização dos cuidados de saúde										
Variáveis	Realizar a consulta de rotina no particular		Pelo menos uma ida ao dentista		Duas ou mais idas ao médico		Consumir medicamentos		Consumir suplementos de vitaminas ou minerais	
	OR (IC 95%)		OR (IC 95%)		OR (IC 95%)		OR (IC 95%)		OR (IC 95%)	
	Bruto	Ajustado *	Bruto	Ajustado *	Bruto	Ajustado *	Bruto	Ajustado *	Bruto	Ajustado *
Consumo de Tabaco										
Nunca fumou	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Ex fumador	1,02 (0,79 - 1,31)	0,89 (0,68 - 1,18)	0,80 (0,61 - 1,04)	0,78 (0,60 - 1,03)	0,71 (0,56 - 0,91)	0,78 (0,61 - 1,00)	0,80 (0,63 - 1,01)	1,06 (0,79 - 1,41)	1,09 (0,84 - 1,42)	1,03 (0,79 - 1,35)
Fuma	1,16 (0,59 - 0,90)	1,12 (0,85 - 1,74)	1,12 (0,85 - 1,47)	1,12 (0,84 - 1,48)	1,03 (0,81 - 1,32)	1,08 (0,84 - 1,39)	1,11 (0,87 - 1,40)	1,40 (1,04 - 1,85)	1,05 (0,81 - 1,37)	1,02 (0,78 - 1,34)
Consumo de Álcool										
Não bebe	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Bebe mas nunca se embriagou	3,00 (1,16 - 7,72)	4,55 (1,33 - 15,51)	1,88 (1,01 - 3,50)	1,66 (0,87 - 3,15)	0,88 (0,46 - 1,69)	0,93 (0,48 - 1,82)	1,12 (0,62 - 2,04)	1,14 (0,56 - 2,34)	0,95 (0,49 - 1,84)	0,84 (0,43 - 1,65)
Bebe e já se embriagou	5,16 (2,02 - 13,16)	5,67 (1,68 - 19,21)	1,75 (0,95 - 3,20)	1,53 (0,81 - 2,90)	0,55 (0,29 - 1,05)	0,67 (0,35 - 1,31)	0,64 (0,36 - 1,15)	1,03 (0,50 - 2,11)	1,11 (0,58 - 2,13)	0,88 (0,45 - 1,72)
Pratica desporto										
Não	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Sim	1,74 (1,42 - 2,13)	1,42 (1,14 - 1,78)	1,68 (1,36 - 2,08)	1,84 (1,46 - 2,31)	0,93 (0,77 - 1,13)	1,15 (0,94 - 1,41)	0,62 (0,51 - 0,74)	1,10 (0,87 - 1,40)	1,42 (1,16 - 1,76)	1,32 (1,06 - 1,64)
Fruta (porções por semana)										
<= 6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7 - 13	1,39 (1,10 - 1,76)	1,10 (0,85 - 1,42)	1,68 (1,23 - 2,19)	1,60 (1,23 - 2,10)	1,25 (1,00 - 1,57)	1,25 (0,99 - 1,58)	1,21 (0,97 - 1,51)	1,15 (0,88 - 1,51)	1,22 (0,96 - 1,55)	1,16 (0,90 - 1,48)
14 =>	1,39 (1,08 - 1,78)	1,08 (0,82 - 1,43)	1,23 (0,94 - 1,61)	1,06 (0,83 - 1,34)	1,27 (1,00 - 1,62)	1,26 (0,98 - 1,61)	1,39 (1,10 - 1,77)	1,33 (1,00 - 1,79)	0,97 (0,74 - 1,26)	0,91 (0,69 - 1,19)
Legumes e/ou saladas (porções por semana)										
<= 2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3 - 6	1,32 (1,00 - 1,75)	1,36 (1,00 - 1,84)	1,45 (1,10 - 1,90)	1,46 (1,11 - 1,92)	1,08 (0,84 - 1,39)	1,08 (0,83 - 1,40)	0,95 (0,74 - 1,22)	0,92 (0,68 - 1,25)	1,33 (1,00 - 1,77)	1,32 (0,99 - 1,76)
7 - 13	1,77 (1,33 - 2,34)	1,46 (1,08 - 1,98)	1,93 (1,44 - 2,59)	1,76 (1,30 - 2,37)	1,18 (0,91 - 1,53)	1,13 (0,86 - 1,48)	1,20 (0,93 - 1,55)	0,95 (0,70 - 1,31)	1,36 (1,01 - 1,81)	1,30 (0,96 - 1,74)
14 =>	2,04 (1,50 - 2,77)	1,46 (1,04 - 2,04)	1,85 (1,33 - 2,56)	1,51 (1,07 - 2,12)	1,56 (1,16 - 2,11)	1,47 (1,08 - 2,01)	1,48 (1,11 - 1,98)	0,94 (0,66 - 1,35)	1,51 (1,10 - 2,08)	1,37 (0,99 - 1,91)

Ajustado * para sexo e escolaridade máxima dos pais

Na tabela 6: dizer que como esperado, no geral os jovens que reportaram alguma doença reportam maior recurso aos cuidados de saúde. Relativamente ao IMC, não se observou uma relação com o tipo de cuidados, o recurso ao dentista nem ao médico, contudo verificamos que entre os jovens com menor IMC foi maior a proporção que reportou o consumo de medicamentos e suplementos.

Tabela 6 - Relação entre as características de saúde e a utilização de cuidados de saúde																
Variáveis	Consulta de Rotina			Idas ao dentista			Idas ao médico			Consumo de medicamentos			Consumo de vitaminas			
	Público n (%)	Particular n (%)	p	0 n (%)	1 ou mais n (%)	p	1 ou menos n (%)	2 ou mais n (%)	p	0 n (%)	1 ou mais n (%)	p	0 n (%)	1 ou mais n (%)	p	
Doença que obriga a cuidados médicos regulares																
	Não	891 (66,0%)	459 (34,0%)	0,515	380 (28,1%)	791 (71,9%)	0,024	609 (45,0%)	743 (55,0%)	<0,001	766 (56,4%)	592 (43,6%)	<0,001	993 (73,3%)	362 (26,7%)	0,003
	Sim	271 (67,8%)	129 (32,3%)		90 (22,4%)	311 (77,6%)		102 (25,5%)	298 (74,5%)		126 (31,2%)	278 (68,8%)		265 (65,6%)	139 (34,4%)	
Rinite																
	Não	1002 (67,0%)	493 (33,0%)	0,181	410 (27,4%)	1085 (72,6%)	0,218	640 (42,8%)	856 (57,2%)	<0,001	799 (53,1%)	706 (46,9%)	<0,001	1095 (72,9%)	408 (27,1%)	0,002
	Sim	160 (62,7%)	95 (37,3%)		61 (23,7%)	196 (76,3%)		71 (27,7%)	185 (72,3%)		93 (36,2%)	164 (63,8%)		162 (63,3%)	94 (36,7%)	
Asma																
	Não	1008 (66,1%)	518 (33,9%)	0,425	409 (26,7%)	1121 (73,3%)	0,707	642 (42,0%)	886 (58,0%)	0,001	795 (51,7%)	742 (48,3%)	0,016	1104 (71,9%)	431 (28,1%)	0,263
	Sim	154 (68,8%)	70 (31,3%)		62 (27,9%)	160 (72,1%)		69 (30,8%)	155 (69,2%)		97 (43,1%)	128 (56,9%)		153 (68,3%)	71 (31,7%)	
Alergias																
	Não	793 (66,1%)	406 (33,9%)	0,733	335 (27,9%)	866 (72,1%)	0,159	536 (44,7%)	663 (55,3%)	<0,001	655 (54,2%)	553 (45,8%)	<0,001	877 (72,6%)	331 (27,4%)	0,118
	Sim	369 (67,0%)	182 (33,0%)		136 (24,7%)	415 (75,3%)		175 (31,6%)	378 (68,4%)		236 (42,6%)	318 (57,4%)		380 (69,0%)	171 (31,0%)	
Depressão																
	Não	1055 (65,5%)	555 (34,5%)	0,015	432 (26,8%)	1179 (73,2%)	0,861	690 (42,8%)	922 (57,2%)	<0,001	858 (52,9%)	763 (47,1%)	<0,001	1168 (72,2%)	450 (27,8%)	0,019
	Sim	101 (75,9%)	32 (24,1%)		35 (26,1%)	99 (73,9%)		17 (12,8%)	116 (87,2%)		31 (23,1%)	103 (76,9%)		84 (62,7%)	50 (37,3%)	
IMC																
	< 18,5 Kg/m2	71 (70,3%)	30 (29,7%)	0,063	27 (27,0%)	73 (73,0%)	0,276	38 (37,6%)	63 (62,4%)	0,264	48 (47,5%)	53 (52,5%)	<0,001	53 (52,5%)	48 (47,5%)	<0,001
	18.50 - 24.9 Kg/m2	782 (64,5%)	430 (35,5%)		309 (25,5%)	905 (74,5%)		509 (41,9%)	706 (58,1%)		581 (47,6%)	640 (52,4%)		874 (71,8%)	344 (28,2%)	
	25.00 - 29.9 Kg/m2	229 (70,2%)	97 (29,8%)		97 (29,8%)	229 (70,2%)		129 (39,8%)	195 (60,2%)		198 (60,4%)	130 (39,6%)		249 (75,9%)	79 (24,1%)	
	30 Kg/m2 =>	76 (73,8%)	27 (26,2%)		33 (31,7%)	71 (68,3%)		34 (32,7%)	70 (67,3%)		60 (57,7%)	44 (42,3%)		77 (74,0%)	27 (26,0%)	
Auto-perceção da saúde																
	Ótima	186 (64,1%)	104 (35,9%)	<0,001	81 (27,9%)	209 (72,1%)	0,136	135 (46,7%)	154 (53,3%)	0,008	184 (63,2%)	107 (36,8%)	<0,001	204 (70,1%)	87 (29,9%)	0,195
	Muito boa	377 (60,5%)	246 (39,5%)		146 (23,5%)	475 (76,5%)		261 (41,9%)	362 (58,1%)		336 (53,8%)	289 (46,2%)		443 (71,0%)	181 (29,0%)	
	Boa	446 (70,9%)	183 (29,1%)		178 (28,2%)	453 (71,8%)		249 (39,5%)	382 (60,5%)		291 (46,0%)	342 (54,0%)		466 (73,9%)	165 (26,1%)	
	Razoável ou Fraca	144 (74,2%)	50 (25,8%)		59 (30,4%)	135 (69,6%)		61 (31,6%)	132 (68,4%)		72 (36,7%)	124 (63,3%)		129 (65,8%)	67 (34,2%)	

Tabela 6 - Relação entre as características de saúde e a utilização de cuidados de saúde (continuação)															
Variáveis	Consulta de Rotina			Idas ao dentista			Idas ao médico			Consumo de medicamentos			Consumo de vitaminas		
	Público n (%)	Particular n (%)	p	0 n (%)	1 ou mais n (%)	p	1 ou menos n (%)	2 ou mais n (%)	p	0 n (%)	1 ou mais n (%)	p	0 n (%)	1 ou mais n (%)	p
Idas ao dentista															
Nenhuma	358 (76,3%)	111 (23,7%)	<0,001				235 (50,1%)	234 (49,9%)	<0,001	279 (59,2%)	192 (40,8%)	<0,001	367 (77,9%)	104 (22,1%)	<0,001
1 ou mais	799 (62,7%)	476 (37,3%)					475 (37,1%)	804 (62,9%)		610 (47,5%)	673 (52,5%)		884 (69,1%)	396 (30,9%)	
Idas ao médico															
1 vez ou menos	478 (67,9%)	226 (32,1%)	0,269	235 (33,1%)	475 (66,9%)	<0,001			<0,001	462 (64,9%)	250 (35,1%)	<0,001	529 (74,4%)	182 (25,6%)	0,023
2 vezes ou mais	679 (65,4%)	360 (34,6%)		234 (22,5%)	804 (77,5%)					427 (41,0%)	615 (59,0%)		722 (69,4%)	318 (30,6%)	
Idas à urgência															
Nenhuma	798 (64,5%)	439 (35,5%)	0,007	336 (69,5%)	905 (72,9%)	0,761	564 (45,4%)	678 (54,6%)	<0,001	666 (53,5%)	580 (46,5%)	<0,001	908 (73,0%)	335 (27,0%)	0,021
1 ou mais	365 (71,2%)	148 (28,8%)		135 (26,4%)	377 (73,6%)		147 (28,8%)	364 (71,2%)		225 (43,7%)	290 (56,3%)		348 (67,6%)	167 (32,4%)	
Consulta de Rotina															
Pública				358 (30,9%)	799 (69,1%)	<0,001	478 (41,3%)	679 (58,7%)	0,269	591 (50,8%)	572 (49,2%)	0,623	875 (75,3%)	287 (24,7%)	<0,001
Particular				111 (18,9%)	476 (81,1%)		226 (38,6%)	360 (61,4%)		292 (49,6%)	297 (50,4%)		375 (63,9%)	212 (36,1%)	
Consumo de medicamentos de forma crónica e continua, nos 12 meses anteriores à entrevista															
Não	591 (66,9%)	292 (33,1%)	0,623	379 (31,4%)	610 (68,6%)	<0,001	462 (77,8%)	427 (48,0%)	<0,001				635 (71,3%)	256 (28,7%)	0,069
Sim	572 (65,8%)	297 (34,2%)		192 (22,2%)	673 (77,8%)		250 (28,9%)	615 (71,1%)					624 (71,7%)	246 (28,3%)	
Consumo de suplemento de vitaminas ou minerais, nos 12 anteiores à entrevista															
Não	875 (70,0%)	375 (30,0%)	0,003	367 (29,3%)	884 (70,7%)	<0,001	529 (42,3%)	722 (57,7%)	0,023	635 (50,4%)	624 (49,6%)	0,832			
Sim	287 (57,5%)	212 (42,5%)		104 (20,8%)	396 (79,2%)		182 (36,4%)	318 (63,6%)		256 (51,0%)	246 (49,0%)				

Na tabela 7, após ajuste para o sexo e para a escolaridade máxima dos pais, os adultos jovens que vão mais vezes ao médico têm mais odds de ir pelo menos uma vez ao dentista. Os adultos jovens em que a sua auto-perceção da saúde é razoável ou fraca têm mais odds comparativamente com os adultos jovens que a sua auto-perceção da saúde é ótima de ir 2 vezes ou mais ao médico e mais odds de consumir medicamentos de forma continuada.

Tabela 7 - Modelo de regressão logística binária da relação entre as características de saúde e utilização dos cuidados de saúde										
Variáveis	Realizar a consulta de rotina no particular		Pelo menos uma ida ao dentista		Duas ou mais idas ao médico		Consumir medicamentos		Consumir suplementos de vitaminas ou minerais	
	OR (IC 95%)		OR (IC 95%)		OR (IC 95%)		OR (IC 95%)		OR (IC 95%)	
	Bruto	Ajustado *	Bruto	Ajustado *	Bruto	Ajustado *	Bruto	Ajustado *	Bruto	Ajustado *
Consulta de Rotina										
Pública			1	1	1	1	1	1	1	1
Particular			1,92 (1,51 - 2,45)	1,771 (1,36 - 2,30)	1,12 (0,92 - 1,37)	1,24 (0,99 - 1,55)	1,05 (0,86 - 1,28)	1,21 (0,93 - 1,57)	1,72 (1,39 - 2,14)	1,51 (1,19 - 1,91)
Idas ao dentista										
Nenhuma	1	1			1	1	1	1	1	1
1 ou mais	1,92 (1,51 - 2,45)	1,77 (1,36 - 2,31)			1,70 (1,37 - 2,16)	1,65 (1,33 - 2,06)	1,60 (1,29 - 1,99)	1,42 (1,09 - 1,85)	1,58 (1,23 - 2,03)	1,53 (1,199 - 1,97)
Idas ao médico										
1 vez ou menos	1	1	1	1			1	1	1	1
2 vezes ou mais	1,12 (0,92 - 1,37)	1,24 (0,99 - 1,55)	1,70 (1,37 - 2,11)	1,65 (1,32 - 2,06)			2,66 (2,19 - 3,24)	2,28 (1,80 - 2,88)	1,28 (1,03 - 1,59)	1,34 (1,08 - 1,67)
Idas à urgência										
Nenhuma	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1 ou mais	0,74 (0,59 - 0,92)	0,87 (0,68 - 1,11)	1,04 (0,82 - 1,31)	1,06 (0,83 - 1,34)	2,06 (1,65 - 2,57)	1,98 (1,58 - 2,49)	1,48 (1,20 - 1,82)	1,41 (1,10 - 1,81)	1,30 (1,04 - 1,63)	1,40 (1,11 - 1,76)
Consumo de medicamentos de forma crónica e contínua, nos 12 meses anteriores à entrevista										
Não	1	1	1	1	1	1			1	1
Sim	1,05 (0,86 - 1,28)	1,20 (0,93 - 1,56)	1,60 (1,29 - 1,99)	1,42 (1,10 - 1,85)	2,66 (2,19 - 3,24)	2,27 (1,79 - 2,87)			0,98 (0,80 - 1,20)	1,03 (0,80 - 1,33)
Consumo de suplemento de vitaminas ou minerais, nos 12 anteriores à entrevista										
Não	1	1	1	1	1	1	1	1		
Sim	1,72 (1,39 - 2,18)	1,51 (1,19 - 1,91)	1,58 (1,23 - 2,03)	1,53 (1,19 - 1,97)	1,28 (1,03 - 1,59)	1,34 (1,08 - 1,68)	0,98 (0,80 - 1,20)	1,03 (0,80 - 1,33)		
IMC										
< 18,5 Kg/m2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
18.50 - 24.9 Kg/m2	1,30 (0,84 - 2,03)	1,25 (0,77 - 2,01)	1,08 (0,68 - 1,72)	1,14 (0,71 - 1,81)	0,84 (0,55 - 1,27)	0,87 (0,57 - 1,34)	1,00 (0,66 - 1,50)	1,32 (0,81 - 2,14)	0,44 (0,29 - 0,66)	0,43 (0,28 - 0,65)
25.00 - 29.9 Kg/m2	1,00 (0,62 - 1,63)	1,17 (0,68 - 1,99)	0,87 (0,53 - 1,44)	1,05 (0,63 - 1,75)	0,91 (0,58 - 1,44)	1,09 (0,68 - 1,76)	0,60 (0,38 - 0,93)	1,09 (0,64 - 1,87)	0,35 (0,22 - 0,56)	0,36 (0,23 - 0,58)
30 Kg/m2 =>	0,84 (0,46 - 1,55)	1,01 (0,52 - 1,97)	0,80 (0,44 - 1,46)	0,89 (0,48 - 1,64)	1,24 (0,70 - 2,20)	1,36 (0,76 - 2,46)	0,66 (0,38 - 1,15)	0,97 (0,50 - 1,89)	0,39 (0,22 - 0,70)	0,41 (0,23 - 0,74)
Doença que obriga a cuidados médicos regulares										
Não	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Sim	0,92 (0,73 - 1,17)	0,82 (0,63 - 1,07)	1,35 (1,04 - 1,76)	1,24 (0,95 - 1,62)	2,40 (1,87 - 3,07)	2,27 (1,76 - 2,93)	2,86 (2,25 - 3,62)	2,98 (2,24 - 3,97)	1,44 (1,13 - 1,83)	1,45 (1,14 - 1,84)
Auto-perceção da saúde										
Ótima	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Muito boa	1,17 (0,87 - 1,56)	1,16 (0,85 - 1,59)	1,26 (0,92 - 1,73)	1,20 (0,87 - 1,65)	1,22 (0,92 - 1,61)	1,12 (0,84 - 1,49)	1,48 (1,11 - 1,97)	1,28 (0,90 - 1,80)	0,96 (0,71 - 1,30)	0,97 (0,71 - 1,32)
Boa	0,73 (0,55 - 0,99)	0,83 (0,60 - 1,15)	0,99 (0,72 - 1,34)	0,92 (0,67 - 1,27)	1,35 (1,02 - 1,78)	1,16 (0,87 - 1,55)	2,02 (1,52 - 2,69)	1,53 (1,09 - 2,17)	0,83 (0,61 - 1,13)	0,88 (0,65 - 1,21)
Razoável ou Fraca	6,21 (0,42 - 0,93)	0,83 (0,53 - 1,29)	0,89 (0,60 - 1,32)	0,86 (0,57 - 1,29)	1,90 (1,30 - 2,78)	1,55 (1,04 - 2,29)	2,96 (2,03 - 4,31)	2,36 (1,50 - 3,72)	1,22 (0,83 - 1,79)	1,41 (0,95 - 2,10)

Ajustado * para sexo e escolaridade máxima dos pais

A tabela 8 descreve os resultados das associações entre as variáveis estudadas e a utilização dos cuidados de saúde restringindo os resultados aos participantes que reportaram não ter nenhuma doença que obrigue a cuidados médicos regulares. Na tabela 8, após ajuste para o sexo e para a escolaridade máxima dos pais, os adultos jovens que têm um rendimento líquido do agregado familiar superior a 2001€ e que não têm uma doença que obriga a cuidados médicos têm mais odds de recorrer a uma consulta de rotina no particular do que aqueles que têm doença. Os adultos jovens que praticam desporto e que não têm uma doença que obriga a cuidados médicos têm mais odds de realizar as consultas de rotina no particular, de ir ao dentista e consumir suplementos do que aqueles que não praticam desporto.

Tabela 8 - Modelo de regressão logística binária da relação entre as características socioeconómicas, comportamentais e de saúde com estratificação de não ter doença que obriga a cuidados médicos regulares

Variáveis	Realizar a consulta de rotina no particular		Pelo menos uma ida ao dentista		Duas ou mais idas ao médico		Consumir medicamentos		Consumir suplementos de vitaminas ou minerais	
	Não ter doença que obriga a cuidados médicos regulares		Não ter doença que obriga a cuidados médicos regulares		Não ter doença que obriga a cuidados médicos regulares		Não ter doença que obriga a cuidados médicos regulares		Não ter doença que obriga a cuidados médicos regulares	
	OR (IC 95%)		OR (IC 95%)		OR (IC 95%)		OR (IC 95%)		OR (IC 95%)	
	Bruto	Ajustado *	Bruto	Ajustado *	Bruto	Ajustado *	Bruto	Ajustado *	Bruto	Ajustado *
Rendimento líquido do agregado familiar										
Até 500 €	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
501 -1500 €	1,68 (1,03 - 2,75)	1,47 (0,89 - 2,43)	2,44 (1,70 - 3,52)	2,46 (1,69 - 3,56)	0,94 (0,67 - 1,32)	1,02 (0,72 - 1,44)	0,73 (0,52 - 1,03)	0,84 (0,55 - 1,29)	1,31 (0,86 - 1,98)	1,23 (0,81 - 1,87)
1501 - 2000 €	2,73 (1,66 - 4,51)	1,94 (1,15 - 3,26)	2,13 (1,43 - 3,18)	2,17 (1,43 - 3,30)	1,01 (0,70 - 1,47)	1,11 (0,75 - 1,65)	0,78 (0,54 - 1,13)	0,90 (0,56 - 1,46)	1,72 (1,10 - 2,67)	1,50 (0,95 - 2,36)
Mais de 2001 €	10,86 (7,11 - 16,57)	5,69 (3,60 - 8,99)	3,07 (2,20 - 4,27)	3,19 (2,15 - 4,72)	1,05 (0,77 - 1,42)	1,37 (0,95 - 1,96)	0,62 (0,45 - 0,87)	0,96 (0,62 - 1,48)	2,28 (1,58 - 3,27)	1,74 (1,15 - 2,62)
Consulta de Rotina										
Pública			1	1	1	1	1	1	1	1
Particular			2,16 (1,64 - 2,84)	1,96 (1,46 - 2,65)	1,19 (0,94 - 1,49)	1,33 (1,03 - 1,71)	1,03 (0,82 - 1,29)	1,25 (0,92 - 1,71)	1,93 (1,51 - 2,48)	1,68 (1,28 - 2,21)
Pratica desporto										
Não	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Sim	1,73 (1,38 - 2,18)	1,47 (1,14 - 1,91)	2,05 (1,61 - 2,61)	2,22 (1,71 - 2,87)	1,02 (0,82 - 1,26)	1,23 (0,98 - 1,55)	0,60 (0,48 - 0,74)	1,19 (0,89 - 1,57)	1,67 (1,30 - 2,13)	1,48 (1,14 - 1,91)
Consumo de Tabaco										
Nunca fumou	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Ex fumador	1,01 (0,76 - 1,34)	0,99 (0,72 - 1,36)	1,13 (0,83 - 1,54)	1,15 (0,84 - 1,60)	0,98 (0,74 - 1,29)	0,99 (0,75 - 1,31)	1,14 (0,87 - 1,50)	1,34 (0,95 - 1,88)	1,03 (0,75 - 1,40)	1,02 (0,74 - 1,40)
Fuma	0,95 (0,72 - 1,27)	0,80 (0,58 - 1,10)	0,84 (0,62 - 1,13)	0,82 (0,61 - 1,12)	0,67 (0,51 - 0,88)	0,71 (0,54 - 0,94)	0,78 (0,59 - 1,02)	1,01 (0,72 - 1,42)	1,22 (0,90 - 1,66)	1,31 (1,02 - 1,68)
Legumes e/ou saladas (porções por semana)										
<= 2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3 - 6	1,34 (0,98 - 1,84)	1,41 (1,00 - 1,99)	1,56 (1,15 - 2,12)	1,58 (1,16 - 2,16)	1,12 (0,84 - 1,48)	1,12 (0,84 - 1,49)	0,98 (0,73 - 1,30)	0,97 (0,68 - 1,39)	1,43 (1,03 - 1,99)	1,42 (1,02 - 1,99)
7 - 13	1,74 (1,26 - 2,39)	1,47 (1,04 - 2,08)	1,81 (1,31 - 2,51)	1,63 (1,17 - 2,27)	1,28 (0,95 - 1,71)	1,23 (0,91 - 1,66)	1,21 (0,90 - 1,63)	0,96 (0,66 - 1,39)	1,38 (0,98 - 1,94)	1,35 (0,95 - 1,91)
14 =>	2,43 (1,72 - 3,44)	1,69 (1,15 - 2,48)	1,83 (1,26 - 2,65)	1,49 (1,02 - 2,19)	1,68 (1,19 - 2,33)	1,55 (1,09 - 2,21)	1,48 (1,06 - 2,05)	0,93 (0,61 - 1,42)	1,69 (1,16 - 2,45)	1,57 (1,07 - 2,31)
Auto-perceção da saúde										
Ótima	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Muito boa	1,09 (0,80 - 1,49)	1,09 (0,78 - 1,53)	1,19 (0,84 - 1,67)	1,14 (0,81 - 1,62)	1,12 (0,82 - 1,51)	1,03 (0,76 - 1,40)	1,39 (1,02 - 1,91)	1,17 (0,79 - 1,72)	0,96 (0,69 - 1,33)	0,99 (0,70 - 1,38)
Boa	0,64 (0,46 - 0,89)	0,74 (0,52 - 1,06)	0,87 (0,62 - 1,23)	0,85 (0,60 - 1,21)	1,15 (0,84 - 1,56)	0,99 (0,73 - 1,36)	1,84 (1,34 - 2,52)	1,40 (0,94 - 2,07)	0,78 (0,55 - 1,10)	0,86 (0,61 - 1,22)
Razoável ou Fraca	0,57 (0,35 - 0,93)	0,80 (0,47 - 1,38)	0,61 (0,38 - 0,97)	0,63 (0,39 - 1,01)	1,18 (0,76 - 1,84)	0,99 (0,62 - 1,32)	2,23 (1,43 - 3,49)	1,76 (1,00 - 3,08)	0,98 (0,60 - 1,59)	1,18 (0,72 - 1,95)

Ajustado * para sexo e escolaridade máxima dos pais

Recorreram à urgência 515 (29,2%) dos participantes resultando em 597 episódios. Entre os motivos de ida à urgência o motivo mais referido foram as patologias musculoesqueléticas, principalmente os entorses, as patologias gastrointestinais, principalmente com apendicites e gastroenterites, e os acidentes traumáticos, em que se destacam as fraturas e cortes.

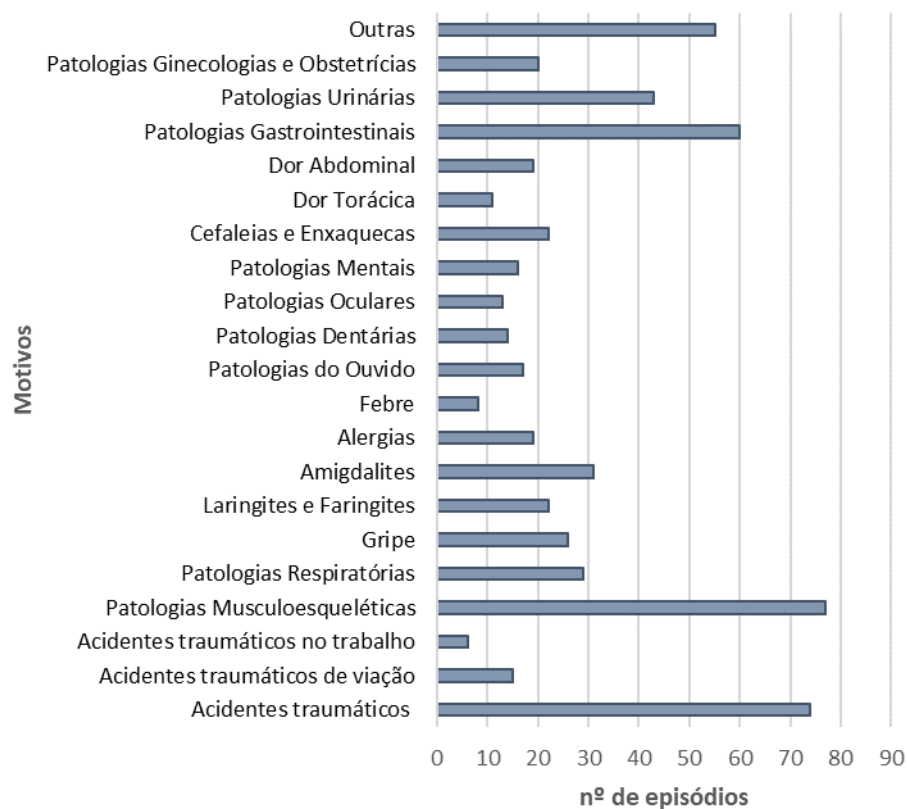


Figura 1 - Motivos das Idas à Urgência

A tabela 9 descreve a relação entre as características sociodemográficas e o recurso à urgência. Verificamos que quem recorre mais à urgência hospitalar são os indivíduos que têm menos anos de escolaridade, pais com menor escolaridade e o rendimento líquido do agregado familiar é menor.

Depois de ajustarmos para o sexo dos indivíduos e para a escolaridade máxima dos pais, o odds de ir à urgência é menor nos adultos jovens em que o rendimento líquido do agregado familiar está entre 1501-2000 € e mais de 2001 €.

Tabela 9 - Relação entre as características demográficas e socioeconómicas e as idas à urgência

Variáveis	Idas à urgência		Pelo menos uma ida à urgência	
	0 n (%)	1 ou mais n (%)	OR (IC 95%) Bruto	Ajustado *
Sexo				
Feminino	609 (67,3%)	296 (32,7%)		
Masculino	637 (74,4%)	219 (25,6%)		
Escolaridade Máxima dos Pais				
<= 6 anos	245 (63,8%)	139 (36,2%)		
7 - 9 anos	215 (68,9%)	97 (31,1%)		
10 - 12 anos	341 (71,0%)	139 (29,0%)		
13 anos =>	439 (76,6%)	134 (23,4%)		
Estado marital				
Casados ou em União de Fato	1194 (71,2%)	483 (28,8%)	1	1
Solteiro por qualquer motivo	52 (62,7%)	31 (37,3%)	1,47 (0,93 - 2,33)	1,16 (0,73 - 1,86)
Tipo de Escola				
Pública	654 (69,6%)	286 (30,4%)	1	1
Particular	272 (72,1%)	105 (27,9%)	0,88 (0,68 - 1,15)	1,04 (0,78 - 1,39)
Anos de escolaridade completos				
<= 9	88 (59,9%)	59 (40,1%)	1	1
10 - 12	310 (66,1%)	159 (33,9%)	0,8 (0,52 - 1,12)	0,9 (0,58 - 1,28)
13 - 15	753 (74,7%)	255 (25,3%)	0,51 (0,35 - 0,72)	0,62 (0,42 - 0,94)
16 =>	83 (67,5%)	40 (32,5%)	0,72 (0,44 - 1,19)	0,93 (0,54 - 1,61)
Condição Principal de Trabalho				
Empregado(a) a tempo inteiro	174 (65,2%)	93 (34,8%)	1	1
Empregado(a) parcial >= 15h/sem	74 (61,7%)	46 (38,3%)	1,16 (0,75 - 1,82)	1,15 (0,73 - 1,81)
Desempregado ou Emp.(a) a tempo parcial <15h/sem	156 (65,5%)	82 (34,5%)	0,98 (0,68 - 1,42)	0,97 (0,67 - 1,41)
Estudante	810 (73,6%)	290 (26,4%)	0,67 (0,50 - 0,90)	0,79 (0,58 - 1,07)
Rendimento líquido do agregado familiar				
Até 500 €	212 (61,1%)	135 (38,9%)	1	1
501 -1500 €	243 (69,6%)	106 (30,4%)	0,69 (0,50 - 0,94)	0,75 (0,55 - 1,04)
1501 - 2000 €	185 (73,7%)	66 (26,3%)	0,56 (0,39 - 0,80)	0,66 (0,46 - 0,95)
Mais de 2001 €	461 (75,3%)	151 (24,7%)	0,51 (0,39 - 0,68)	0,66 (0,48 - 0,93)
Auto-perceção dos rendimentos do agregado familiar				
Insuficientes	82 (61,7%)	51 (38,3%)	1	1
Tem de ter cuidado com os gastos	394 (66,3%)	200 (33,7%)	0,82 (0,55 - 1,20)	0,91 (0,61 - 1,35)
Chega para as suas necessidades	427 (72,9%)	159 (27,1%)	0,60 (0,40 - 0,89)	0,70 (0,46 - 1,04)
Confortáveis	323 (76,0%)	102 (24,0%)	0,51 (0,34 - 0,77)	0,68 (0,44 - 1,05)

Ajustado * para sexo e escolaridade máxima dos pais

Na tabela 10 apresenta-se a comparação entre as características de saúde e o recurso À urgência hospitalar nos 12 meses anteriores à entrevista. observamos que quem vai mais às urgências são os indivíduos que têm uma doença que obriga a cuidados médicos regulares, os que vão mais ao médico, os que por rotina recorrem às consultas pública e aqueles que têm uma pior auto-percepção da saúde.

Depois de ajustarmos para o sexo dos indivíduos e para a escolaridade máxima dos pais, o Odds de ir à urgência é significativamente maior nos adultos jovens que referiram 2 ou mais idas ao médico, consumo crónico de medicamentos, e utilização de vitaminas. Verificou-se que quanto pior a percepção da saúde maior o odds de ir à urgência hospitalar.

Tabela 10 - Relação entre as características de saúde, a utilização dos cuidados de saúde e as idas à urgência

Variáveis	Idas à urgência		Pelo menos uma ida à urgência	
	0 n (%)	1 ou mais n (%)	OR (IC 95%) Bruto Ajustado *	
Depressão				
Não	1172 (72,4%)	446 (27,6%)	1	1
Sim	68 (50,7%)	66 (49,3%)	2,55 (1,79 - 3,64)	2,33 (1,62 - 3,35)
IMC				
< 18,5 Kg/m2	69 (68,3%)	32 (31,7%)	1	1
18.50 - 24.9 Kg/m2	865 (71,0%)	354 (29,0%)	0,88 (0,57 - 1,37)	0,95 (0,61 - 1,49)
25.00 - 29.9 Kg/m2	230 (70,3%)	97 (29,7%)	1,00 (0,56 - 1,47)	0,96 (0,58 - 1,57)
30 Kg/m2 =>	75 (72,1%)	29 (27,9%)	0,83 (0,46 - 1,52)	0,83 (0,45 - 1,54)
Consulta de Rotina				
Pública	798 (68,6%)	365 (31,4%)	1	1
Particular	439 (74,8%)	148 (25,2%)	0,74 (0,59 - 0,92)	0,87 (0,68 - 1,11)
Idas ao dentista				
Nenhuma	336 (71,3%)	135 (28,7%)	1	1
1 ou mais	905 (70,6%)	377 (29,4%)	1,04 (0,82 - 1,31)	1,060 (0,83 - 1,35)
Idas ao médico				
1 vez ou menos	564 (79,3%)	147 (20,7%)	1	1
2 vezes ou mais	678 (65,1%)	364 (34,9%)	2,1 (1,65 - 2,57)	2,0 (1,58 - 2,49)
Consumo de medicamentos de forma crónica e continua, nos 12 meses anteriores à entrevista				
Não	666 (74,7%)	225 (25,3%)	1	1
Sim	580 (66,7%)	290 (33,3%)	1,48 (1,20 - 1,82)	1,41 (1,10 - 1,82)
Consumo de suplemento de vitaminas ou minerais, nos 12 anteiores à entrevista				
Não	908 (72,3%)	348 (27,7%)	1	1
Sim	335 (66,7%)	167 (33,3%)	1,30 (1,04 - 1,63)	1,40 (1,11 - 1,75)
Doença que obriga a cuidados médicos regulares				
Não	984 (72,6%)	372 (27,4%)	1	1
Sim	261 (64,8%)	142 (35,2%)	1,44 (1,14 - 1,82)	1,28 (1,02 - 1,60)
Auto-perceção da saúde				
Óptima	224 (77,2%)	66 (22,8%)	1	1
Muito boa	473 (75,7%)	152 (24,3%)	1,09 (0,78 - 1,52)	1,07 (0,77 - 1,49)
Boa	427 (67,5%)	206 (32,5%)	1,64 (1,19 - 2,26)	1,59 (1,15 - 2,20)
Razoável ou Fraca	108 (55,1%)	88 (44,9%)	2,77 (1,87 - 4,10)	2,59 (1,74 - 3,85)

Ajustado * para sexo e escolaridade máxima dos pais

Na tabela 11, após ajuste para o sexo e para a escolaridade máxima dos pais, os adultos jovens que têm uma auto-perceção da saúde razoável ou fraca e que não têm uma doença que obriga a cuidados médicos têm menos odds de ir à urgência do que aqueles que têm doença.

Tabela 11 - Modelo de regressão logística binária da relação entre as características de saúde, utilização dos cuidados de saúde e as idas à urgência com estratificação de doença que obriga a cuidados médicos regulares

Variáveis	Pelo menos uma ida à urgência			
	Não ter doença que obriga a cuidados médicos regulares		Ter doença que obriga a cuidados médicos regulares	
	OR (IC 95%)		OR (IC 95%)	
	Bruto	Ajustado *	Bruto	Ajustado *
Rendimento líquido do agregado familiar				
Até 500 €	1	1	1	1
501 - 1500 €	0,62 (0,44 - 0,91)	0,70 (0,48 - 1,01)	1,01 (0,53 - 1,92)	1,14 (0,59 - 2,22)
1501 - 2000 €	0,68 (0,46 - 1,02)	0,81 (0,53 - 1,22)	0,30 (0,14 - 0,63)	0,35 (0,16 - 0,76)
Mais de 2001 €	0,52 (0,37 - 0,73)	0,67 (0,45 - 0,99)	0,47 (0,27 - 0,82)	0,67 (0,35 - 1,30)
Consulta de Rotina				
Pública	1	1	1	1
Particular	0,71 (0,54 - 0,92)	0,81 (0,61 - 1,08)	0,83 (0,53 - 1,29)	1,08 (0,66 - 1,76)
Idas ao dentista				
Nenhuma	1	1	1	1
1 ou mais	0,98 (0,75 - 1,28)	1,01 (0,77 - 1,33)	1,20 (0,73 - 1,98)	1,25 (0,74 - 2,10)
Idas ao médico				
1 vez ou menos	1	1	1	1
2 vezes ou mais	2,14 (1,66 - 2,76)	2,10 (1,62 - 2,72)	1,54 (0,94 - 2,51)	1,39 (0,84 - 2,31)
Consumo de medicamentos de forma crónica e contínua, nos 12 meses anteriores à entrevista				
Não	1	1	1	1
Sim	1,43 (1,13 - 1,82)	1,32 (0,98 - 1,79)	1,37 (0,87 - 2,15)	1,45 (0,87 - 2,43)
Consumo de suplemento de vitaminas ou minerais, nos 12 anteriores à entrevista				
Não	1	1	1	1
Sim	1,17 (0,90 - 1,53)	1,27 (0,97 - 1,67)	1,53 (1,00 - 2,35)	1,63 (1,05 - 2,53)
Auto-perceção da saúde				
Ótima	1	1	1	1
Muito boa	1,05 (0,73 - 1,50)	1,04 (0,72 - 1,50)	1,16 (0,49 - 2,72)	1,16 (0,48 - 2,79)
Boa	1,64 (1,15 - 2,33)	1,54 (1,07 - 2,20)	1,50 (0,66 - 3,42)	1,45 (0,62 - 3,38)
Razoável ou Fraca	2,28 (1,42 - 3,69)	1,99 (1,22 - 3,23)	3,19 (1,33 - 7,67)	2,63 (1,07 - 6,47)

Ajustado * para sexo e escolaridade máxima dos pais

5. Discussão

Este trabalho particularmente relevante por se tratar de um estudo sobre a utilização dos cuidados de saúde em adultos jovens, 21 anos, visto que se trata de um grupo etário pouco estudado principalmente no que diz respeito aos não utilizadores dos cuidados de saúde. Fornecendo uma visão geral da utilização dos cuidados de saúde pelos adultos jovens, demonstrando a heterogeneidade generalizada, por idade, sexo, condição socioeconómica e comportamental, existente na utilização dos cuidados de saúde pelos adultos jovens. Esta faixa etária é escassamente retratada pela literatura científica, representando períodos de grande mudança e potencial vulnerabilidade, nomeadamente, pela inserção no mercado de trabalho, desemprego, afastamento do agregado familiar original e na transição da idade pediátrica para a adulta (19). Para além disso existem poucos estudos sobre a sua utilização dos cuidados de saúde. A utilização dos serviços de saúde é o centro do funcionamento dos sistemas de saúde, sendo a resposta institucional a uma demanda expressa pelo indivíduo.(9) Para além disso é essencial também caracterizar e definir o perfil dos não utilizadores dos cuidados de saúde, quase todos os estudos só levam em conta os utilizadores dos cuidados de saúde. Este estudo acrescenta essa parte ao conhecimento científico atual, ajudando-nos a compreender melhor a dinâmica desta população, o que nos permite ter uma visão mais abrangente e real da utilização dos cuidados de saúde, do seu estado de saúde e quais os seus determinantes assim como dos não utilizadores. Desse modo as intervenções de saúde pública nesta área e população poderão ser mais eficazes, sendo geradoras de melhores resultados e podendo contribuir para um melhor planeamento das políticas de saúde. Contudo ao escolhermos os adultos jovens limitou o poder do estudo por um lado uma vez que nesta idade é esperado uma procura de cuidados de saúde menor comparativamente com faixas etárias mais velhas, visto que estes indivíduos se apresentam mais saudáveis (19, 23). Mas por outro lado permite-nos estudar os cuidados de saúde e sua utilização quando não são explicados pela existência de doença para as quais é suposto haver necessidade de cuidados.

O sistema português de saúde é essencialmente público, onde todos os cidadãos são servidos, principalmente financiado através de impostos pagos pelos contribuintes ao estado. Todos os cidadãos portugueses têm o direito a ter os seus cuidados de saúde co-pagos pelo serviço nacional de saúde. (32, 33) A constituição da república portuguesa e a lei de bases da saúde defendem que o serviço nacional de saúde é universal e geral e tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito (15, 16). Para além disso cabe ao Estado prioritariamente assegurar o direito à proteção da saúde, garantindo o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação (15). Em comparação com a adolescência, poucas pesquisas ou iniciativas políticas se concentraram na idade adulta jovem, embora exista literatura sobre programas efetivos de prevenção para adolescentes existe muito pouco

para adultos jovens.(22) As organizações profissionais de saúde desenvolveram orientações clínicas para promover o desenvolvimento saudável e prevenir comportamentos de risco para crianças, adolescentes, adultos e idosos, contudo não existem diretrizes semelhantes para os adultos jovens. Ao examinamos como estão construídos os indicadores contratualizados nos cuidados de saúde primários principalmente, verificamos que quase não existe nenhum indicador referente a este grupo específico. Existindo sim indicadores referentes à saúde materna, planeamento familiar e saúde infantil, portanto até aos 18 anos ou posteriormente na utilização dos serviços de saúde para planeamento familiar. Havendo uma grande lacuna temporal até estes adultos jovens voltarem a entrar em contato com os serviços de saúde, fazendo-o quase sempre só quando desenvolvem alguma doença. Não sendo isso de esperar de um sistema de saúde como o nosso e que tem de ser cada vez mais centrado no cidadão, mas em todas as idades, onde a promoção da saúde e a prevenção da doença são pilares fundamentais (6, 7). Desse modo podemos prever um afastamento entre os adultos jovens e os cuidados de saúde.

A mais recente crise económica a nível mundial teve início no ano de 2008. Em 2009, Portugal entrou em recessão económica, o que condicionou a adoção de diversas políticas de austeridade impostas pelo memorando de entendimento sobre as condicionalidades de política económica de 2011-2014 (34) acordado entre o XVIII Governo Português e a Troika. A crise económica em Portugal teve um impacto direto no sistema de saúde português, em todas as dimensões de atuação do Estado, prestação, financiamento e regulação, e um impacto indireto pelas consequências a nível político e social em todas as dimensões da sociedade, emprego, educação, transporte, cultura, entre outras. A diminuição do rendimento disponível contribuiu em grande parte, essencialmente pelo aumento dos impostos sobre o rendimento, aumento dos impostos sobre serviços e bens de consumo, aumento do desemprego, diminuição do número de horas de trabalho e diminuição de subsídios e de pensões, mas sobretudo pelo desemprego jovem. (33-39)

No setor da saúde, essas restrições da procura e da utilização dos cuidados de saúde fizeram-se notar com o aumento das taxas moderadoras, de 2011 para 2012 aumentaram para o dobro (32), não sendo ainda perceptíveis os efeitos reais (15). Esta foi uma das principais medidas adotadas pela Troika e o Governo português, como o corte das deduções fiscais com despesas de saúde e com revisão do sistema de preços e comparticipação dos medicamentos. Estas restrições tiveram impacto na oferta de prestação de cuidados e influenciaram a necessidade de procura de cuidados de saúde. Especificamente considerando a procura de prestadores de cuidados de saúde públicos, esta teve globalmente um aumento, devido à diminuição da procura de prestadores particulares, pela incapacidade de pagamento, desviando a procura para o setor público (35, 36, 40). A própria perceção dos

prestadores de cuidados de saúde é que a crise teve impacto no acesso, nomeadamente em relação a cuidados preventivos, exames médicos e adesão ao tratamento, muito devido à dificuldade em pagar os co-pagamentos (40). Globalmente, vários são os indicadores de saúde que tendem a piorar em contexto de crise, como a diminuição da auto-perceção do estado de saúde. (36, 38, 40-42)

Os adultos jovens participantes neste estudo foram avaliados durante a crise económica que se fez sentir em Portugal, o que pode ter alterado os hábitos de utilização dos cuidados de saúde e as suas características socioeconómicas e comportamentais.

O estudo foi desenvolvido no âmbito da coorte EPITeen, esta opção apresenta algumas vantagens, mas também acarreta restrições à investigação. O estudo iniciou-se ainda em idade de escolaridade obrigatória (13 anos) e a coorte teve como base de amostragem as escolas públicas e particulares do Porto o que favorece o potencial para uma amostra representativa. Contudo, nesta avaliação a proporção de participação foi de 60% do total da coorte o que poderá ter condicionado viés de seleção. Outra das limitações é que ao utilizarmos os dados das características socioeconómicas, comportamentais, de saúde e de utilização dos cuidados de saúde, estes dados são auto-relatados pelos adultos jovens, sendo importante corroborar esses dados, principalmente os de utilização dos cuidados de saúde. O recurso a esta base também condicionou os dados disponíveis uma vez que as questões utilizadas não foram desenhadas especificamente para responder aos objetivos deste trabalho, mas serviram-no. Os dados do estudo e as questões utilizadas para a realização deste estudo foram de acordo com o que os investigadores pretendiam na altura da constituição da coorte e das avaliações agendadas. Por exemplo para definir de forma operacional a utilização de cuidados temos de ter em conta os parâmetros de tempo e a duração da utilização, a pessoa que recebe ou fornece o serviço, e o local onde os serviços são prestados ou realizados (9), o que através desta base de dados não era possível conhecer. Outra informação relevante a ser estudada era a existência de um seguro de saúde e/ou um subsistema de saúde por parte dos indivíduos, que na maior parte dos cuidados de saúde não é tão relevante visto que o serviço nacional de saúde é universal e geral e tendencialmente gratuito, mas quando falamos de medicina dentária ou de consultas de rotina no particular passa a ser pertinente. No que diz respeito ao consumo de medicamentos e ao consumo de suplementos de vitaminas e minerais seria importante para uma melhor compreensão destas variáveis ter informação sobre o local concreto da prescrição e o motivo da prescrição ou a avaliação da automedicação.

Por outro lado, a informação disponível permite uma primeira abordagem ao problema numa faixa etária particularmente difícil de avaliar e em que existem poucos dados, principalmente sobre os não utilizadores.

Neste estudo foram avaliados 1764 adultos jovens. Nas variáveis de utilização de cuidados de saúde a média (desvio padrão) de idas ao dentista foi de 2,71 (7,52) vezes, o que representa um valor mais elevado do que os dados relativos à população geral em Portugal que se situam em 0,5 vezes por ano (26). Este dado faz-nos perceber que os adultos jovens valorizam os cuidados dentários, motivo pelo qual vão várias vezes ao médico dentista por ano, estando disponíveis para direcionarem parte do seu rendimento para este tipo de cuidados. Quando analisamos entre sexos as idas ao dentista constatamos que vão uma vez ou mais por ano, no sexo feminino 76,8% e no sexo masculino 69,2% ($p < 0,001$), estes valores vêm apoiar a literatura existente de que as mulheres vão mais vezes do que os homens ao dentista(26). Uma das potenciais razões deve-se ao fato das mulheres terem uma maior preocupação com a sua saúde e aparência. Sendo estes valores bem superiores aos dados que encontramos na literatura, 28,9%.(43)

Relativamente à média de vezes que consultaram o médico esta foi de 3,16 (7,56) vezes, ligeiramente superior à média para os adultos jovens descrita num estudo de 3 visitas ao médico por ano(21) e se compararmos com a média da população geral em Portugal vemos que este valor se encontra abaixo, 4,10 vezes ao ano(26). Os adultos jovens são um grupo com características específicas principalmente se compararmos o seu estado de saúde com o da população geral, vemos que os adultos jovens são mais saudáveis o que acarreta menos idas ao médico diretamente, visto que indivíduos na maior parte das vezes só recorrem aos cuidados de saúde quando sente uma necessidade, por exemplo em caso de doença, e em idades mais avançadas é mais frequente devido ao seu estado de saúde. No que diz respeito às mulheres, estas são mais propensas a terem visitado o médico nos últimos 12 meses do que os homens, 81,3% e 58,5% ($p < 0,001$), respetivamente.(26, 44) O que vai de encontro aos resultados obtidos por este estudo, 68,0% das mulheres vão duas vezes ou mais ao médico por ano e dos homens, 50,3% ($p < 0,001$).

No que refere ao tipo de cuidados a que os indivíduos recorrem por rotina, à consulta pública recorreram 65,9% (1163) participantes e à consulta particular 33,4% (589) participantes. Através destes dados temos a perceção de que parte da população em estudo tem capacidade económica suficiente para recorrer regularmente às consultas particulares. Seria interessante estudar se estes indivíduos têm algum seguro ou subsistema de saúde para percebermos as razões por detrás deste número elevado de idas à consulta particular por rotina. Relativamente à toma de medicamentos de forma crónica e continua, 49,4% (871) tomam, o que representa quase metade da nossa população em estudo. Mas se analisarmos melhor estes dados vemos que este resultado muito se deve ao consumo de medicamentos pelas mulheres, 76,8% vs homens 20,8% ($p < 0,001$), provavelmente devido aos métodos contraceptivos. Alguns estudos apontam para isso mesmo, as mulheres nesta faixa etária

consumem mais medicamentos do que os homens.(21, 23) No consumo de suplementos de vitaminas ou minerais, neste estudo foi de 28,2% (502), existindo um consumo idêntico entre mulheres e homens.

As características demográficas e socioeconómicas são determinantes importantes na utilização dos cuidados de saúde (45-49) Ao discriminarmos o local onde os indivíduos realizam as suas consultas de rotina surge um dado preocupante é que 31,8% das mulheres e 35,5% dos homens adultos jovens não recorrem por rotina ao centro de saúde. Isto vem mostrar que por parte dos serviços públicos dos cuidados de saúde primários tem de haver uma maior preocupação com a promoção da utilização dos centros de saúde pelos adultos jovens, assim como uma maior atenção na transição da idade pediátrica para a adulta (19). Tornando-se necessário pensar em estratégias que tragam este grupo aos centros de saúde. Sendo uma das responsabilidades do sistema nacional de saúde a promoção da saúde e a prevenção da doença, mas para isso ser possível é necessário que os indivíduos recorram mais vezes ao centro de saúde por rotina e que estes consigam ser mais empáticos para adultos jovens.

Quando analisamos as características económicas e as relacionamos com a utilização dos cuidados de saúde encontramos um padrão relacionado com o nível económico de cada indivíduo e/ou o do seu agregado familiar. Desse modo observamos que quem recorre por rotina a consultas no particular, quem vai 1 vez ou mais ao dentista e quem consome 1 ou mais vitaminas ou minerais tem mais anos de escolaridade completos, tem uma escolaridade máxima dos pais maior, o rendimento líquido do seu agregado familiar é de mais de 2001€ e a sua auto-perceção dos rendimentos do agregado familiar é confortável. Sendo assim podemos constatar que estas variáveis de utilização de cuidados de saúde têm uma relação muito próxima com o nível económico e este é um determinante importante em quaisquer estudos relacionados com os cuidados de saúde. Sabendo-se que um nível socioeconómico mais baixo de um indivíduo está associado a mais barreiras financeiras implicando a redução no acesso aos cuidados à saúde das pessoas menos favorecidas.(9) O resultado disso é, provavelmente, uma utilização dos serviços mais baixa pelos menos favorecidos.(9, 11) Sabendo ainda que o sistema de prestação de cuidados em Portugal confirma que existem fatores que influenciam a utilização de cuidados de saúde, nomeadamente de consultas médicas e consultas de medicina dentária, evidenciando a existência de iniquidades favorecendo os grupos de rendimento mais elevado.(11)

Ao ajustarmos para o sexo e para a escolaridade máxima dos pais, os adultos jovens que realizam mais consultas no particular e vão pelo menos uma vez ao dentista têm mais odds de ter uma melhor auto-perceção dos rendimentos familiares e um rendimento líquido do agregado familiar mais elevado. Isto apoia o que anteriormente referimos de que nas idas

às consultas por rotina ao particular e ao dentista estão diretamente relacionadas com o nível económico do indivíduo.

Da análise das características comportamentais dos adultos jovens, os comportamentos promotores de saúde, prática de desporto, consumo de fruta e legumes, tendencialmente há maior utilização de cuidados de saúde pelos adultos jovens que reportam comportamentos mais saudáveis. A prática de desporto associou-se a um maior odds de recorrer aos cuidados particulares, de ir ao dentista e de tomar suplementos. Os indivíduos economicamente mais favorecidos mais frequentemente praticam desporto, relacionando-se com variáveis relacionadas com a capacidade económica dos indivíduos. Por outro lado, há vários estudos a mostrar que os que praticam desporto tendem a procurar mais suplementos, principalmente para melhorarem a sua performance física. Além disso estas relações indicam-nos que quem pratica desporto tem mais cuidados com a saúde e bem estar.

Após ajuste para o sexo e para a escolaridade máxima dos pais, os adultos jovens que realizam mais consultas no particular e vão pelo menos uma vez ao dentista têm mais odds de comer mais legumes e/ou saladas por semana, mostrando uma associação mais forte com a utilização de cuidados de saúde do que o consumo de fruta. Este fato pode estar relacionado com a existência de uma causalidade inversa, recorrem mais aos cuidados de saúde e alimentam-se melhor porque são mais preocupados com a sua saúde, além da capacidade económica que demonstram.

Na relação entre as características de saúde e a utilização dos cuidados de saúde verificamos que nesta população relativamente à variável doença que obriga a cuidados médicos regulares que estes indivíduos se comportam de acordo com o perfil esperado. Devido ao seu estado de saúde são os que mais recorrem às consultas médicas e dentárias assim como são os que consomem mais medicamentos e vitaminais ou minerais, o que está de acordo com as necessidades sentidas deste grupo, o mesmo se verifica depois de ajustarmos para o sexo e a escolaridade máxima dos pais.

Na auto-perceção da saúde apuramos que quem classifica a sua saúde de razoável ou fraca vai mais vezes ao médico e consome mais medicamentos, o mesmo se verifica depois de ajustarmos para o sexo e escolaridade máxima dos pais. O sistema de saúde português é diferente dos demais, sendo universal e geral e tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito (15, 16), faz com que as iniquidades que poderiam existir teoricamente sejam colmatadas.

De modo a tentarmos perceber que características têm os indivíduos que não têm uma doença que obriga a cuidados médicos regulares podia influenciar a utilização dos cuidados de saúde, estratificamos para a doença e ajustamos para o sexo e escolaridade máxima dos pais. Os adultos jovens que têm um rendimento líquido do agregado familiar superior a 2001€ e que não têm uma doença que obriga a cuidados médicos têm mais odds de recorrer a uma consulta de rotina no particular do que aqueles que têm rendimentos inferiores.

As principais causas de morte e morbilidade nos adultos jovens estão relacionadas com os seus estilos de vida, com os comportamentos que adotam e com o risco que correm no seu dia a dia.(19) Tendo um número elevado de idas à urgência.(23)

Neste estudo recorreram à urgência 29,2% dos participantes, se compararmos com os estudos existentes esse valor é de 25%(21). Esta diferença poderá quer dizer que os indivíduos em vez de recorrerem às consultas médicas de rotina recorrem à urgência, sendo menor a logística que envolve uma ida à urgência.(23) Outro determinante importante a termos em conta é que os adultos jovens socioeconomicamente mais desfavorecidos realizam menos consultas médicas mas têm mais idas à urgência do que os mais favorecidos, estando estes mais relacionados a uma melhor saúde.(21, 23) A solução passaria por um contacto maior entre os adultos jovens e os cuidados de saúde primários e menos idas à urgência, estando essa solução relacionada com um maior número de contactos entre os cuidados de saúde primários e a sua família.(21)

Os principais motivos de ida à urgência foram as patologias musculoesqueléticas, principalmente os entorses, e os acidentes traumáticos, em que se destacam as fraturas e cortes, o que vai de encontro aos estilos de vida adotados pelos adultos jovens. Estes resultados estão de acordo com o que a literatura refere(21). Uma avaliação do diagnóstico de alta das idas à urgência seria uma vantagem para o estudo, de forma a saber a natureza exata dessas idas para melhor caracterizarmos esta população. Para além do referido, e em comparação com outros grupos etários, os adultos jovens têm a maior taxa de morte e lesões de veículos motorizados, problemas de saúde mental, infeções sexualmente transmissíveis e abuso de substâncias.(19, 23)

A saúde oral é um componente crítico da saúde em geral. Nos últimos anos, houve um aumento acentuado no uso das urgências para cuidados dentários, em grande parte para condições evitáveis que poderiam ter sido evitadas com cuidados dentários de rotina (28). O que nos faz pensar que devido aos custos com as consultas dentárias, torna-se mais acessível recorrer às urgências de forma a resolver os problemas dentários imediatos.

Quando analisamos as características demográficas e socioeconómicas e a sua relação com as idas à urgência, constatamos que as mulheres, 32,7%, vão mais às urgências do que

os homens, 25,6% ($p < 0,001$). Estes dados são semelhantes aos encontrados noutros estudos em que 27,4% das mulheres eram mais propensas a irem às urgências nos últimos 12 meses do que os homens, 19,0%.(44) O que pode estar relacionado com uma maior preocupação das mulheres com o seu bem-estar e saúde

Relativamente ao nível económico e as idas à urgência nos últimos 12 meses sabemos que estas diminuem à medida que rendimento aumenta.(44) Neste estudo, quando analisamos as variáveis socioeconómicas vemos que quem vai mais às urgências são os que têm menos anos de escolaridade completos, os que a escolaridade máxima dos pais é a mais baixa, o seu rendimento do agregado familiar é baixo assim como a sua auto-perceção dos rendimentos do agregado familiar, o que vai de encontro ao que anteriormente referimos. Uma das razões para isto acontecer é que quem é economicamente mais favorecido tem maior capacidade para recorrer a uma consulta particular, sendo que os menos favorecidos teriam de recorrer a uma consulta aberta e esperar algum tempo ou recorrer às urgências como têm feito.

Os adultos jovens que têm uma auto-perceção da sua saúde razoável ou fraca recorrem mais às urgências do que os que têm uma auto percepção ótima. Mesmo depois de ajustarmos para o sexo e escolaridade máxima dos pais os adultos jovens com a auto-perceção razoável ou fraca têm mais odds de recorrer à urgência do que os outros grupos. Sabemos que a uma boa auto-perceção de saúde está relacionada com um nível socioeconómico mais favorável. Quando estratificamos se tem ou não doença que obrigue a cuidados médicos regulares, verificamos que quem tem uma doença tem mais odds de recorrer à urgência, o que seria de esperar. Mas dentro do grupo dos que não têm doença isso também se verifica, podendo estar relacionado com o seu nível socioeconómico. Desse modo seria importante aumentar a literacia em saúde destes indivíduos e facilitar o acesso a cuidados de saúde ou comunicação com os responsáveis pelo seu caso de modo a resolver se possível a necessidade sentida imediata do indivíduo.

6. Conclusões

Este estudo, baseado numa amostra da população portuguesa de adultos jovens, permite-nos ter uma nova visão dos determinantes que influenciam a saúde dos adultos jovens e a utilização dos cuidados de saúde, existem algumas limitações que merecem reconhecimento e sugerem orientações para novos estudos. Sendo o desafio para os próximos estudos, planejar novas e inovadoras formas para estudar as necessidades únicas de cuidados de saúde e de utilização dos cuidados de saúde dos adultos jovens.

O elevado número de idas por rotina aos cuidados de saúde particulares e o elevado número de idas à urgência são preocupações que devemos ter em conta dado o papel importante e fulcral que os cuidados de saúde primários têm na promoção da saúde e prevenção da doença. Concentrando-nos em formas de alcançar essas populações e fomentar a utilização dos cuidados de saúde primários/preventivos, bem como os vários determinantes de saúde, geradores de desigualdades. Tornando-se necessário pensar em estratégias que tragam este grupo aos centros de saúde e que os vinculem, tornando-os mais apelativos, empáticos e facilitadores para adultos jovens, de modo a reduzir os custos com os cuidados de saúde e melhorar o seu estado de saúde.

Os determinantes de saúde influenciam a utilização dos cuidados de saúde, sendo os mais importantes as características demográficas e socioeconómicas. Relativamente aos determinantes podemos concluir que o nível económico é um determinante relevante, verificando-se uma maior utilização dos cuidados de saúde pelos mais favorecidos. Este resultado poderá representar que mesmo num quadro em que o acesso aos cuidados de saúde é tendencialmente gratuito e universal, os recursos económicos condicionam o acesso. Por outro lado, sabendo que as populações menos favorecidas são as mais suscetíveis, também pode indiciar que os cuidados de saúde não estão a chegar àqueles que mais precisam. Implicam a redução ao acesso aos cuidados de saúde, devido às barreiras financeiras, e consequentemente redução da utilização pelos menos favorecidos economicamente.

7. Referências Bibliográficas

1. WHO. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Carta de Ottawa. Ottawa. 1986.
2. WHO. Constituição da Organização Mundial da Saúde. Nova Iorque. 1946.
3. WHO/UNICEF. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata. USSR. 1978.
4. Last, John M., ed. A Dictionary of public health. Oxford: Oxford University Press; 2007.
5. WHO. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2008. Disponível em: http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf.
6. DGS. Plano Nacional de Saúde, Revisão e Extensão a 2020. Lisboa, Portugal. 2015.
7. L. Crisp, D. Berwick, I. Kickbusch, W. Bos, J. Antunes, P. Barros, J. Soares. Um Futuro para a Saúde – todos temos um papel a desempenhar. Fundação Calouste Gulbenkian. 2014.
8. Alto Comissariado da Saúde. Relatório Mundial de Saúde 2008 - Cuidados de Saúde Primários: Agora Mais Que Nunca. Lisboa: 2008:131. .
9. Pineault, R. Compreendendo o sistema de saúde para uma melhor gestão. Brasília. LEIASS. 2016.
10. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad. Saúde Pública. 2004;20(supl 2):190-8.
11. Andersen RM, Revisiting the Behavioural Model and Access to Medical Care: Does it Matter? 1995 Journal of Health and Social Behaviour Mar, 36,(1) 1-10 In Furtado, C., Pereira, J. Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde 2010.
12. Pineault, Raynald; Daveluy, Carole. La planificacionsanitaria-conceptos, métodos, estrategias. Barcelona: Masson, S.A; 1987; Bowling, Ann. Research Methods in Health: investigating health and health services. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2009.
13. Thomas, S. B., Quinn, S. C., Butler, J., Fryer, C. S., & Garza, M. A. (2011). Toward a Fourth Generation of Disparities Research to Achieve Health Equity. Annual Review of Public Health, 32, 399–416. <http://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031210-101136>.
14. Braveman, P. A., Kumanyika, S., Fielding, J., LaVeist, T., Borrell, L. N., Manderscheid, R., & Troutman, A. (2011). Health Disparities and Health Equity: The Issue Is Justice. American Journal of Public Health, 101(Suppl 1), S149–S155. <http://doi.org/10.2105/AJPH.2010.300062>.
15. Portugal. Constituição Da República Portuguesa. 1976. <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Documents/constpt2005.pdf>.
16. Portugal. Lei de Bases Da Saúde. 1990. Disponível em: http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/eng_uadramento+legal/leibasessaude.htm.

17. WHO. The European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services. Malta. 2012.
18. WHO. Health 2020: a European policy framework and strategy for the 21st century. WHO. Copenhagen. 2013.
19. R. Bonnie, C. Stroud, H. Breiner. Investing in the Health and Well-Being of Young Adults. Committee on Improving the Health, Safety, and Well-Being of Young Adults; Board on Children, Youth, and Families; Institute of Medicine; National Research Council. Washington. 2015.
20. Updegraff KA, Kuo SI, McHale SM, Umana-Taylor AJ, Wheeler LA. Parents' Traditional Cultural Values and Mexican-Origin Young Adults' Routine Health and Dental Care. The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine. 2017;60(5):513-9.
21. Manos SH, Cui Y, MacDonald NN, Parker L, Dummer TJ. Youth health care utilization in Nova Scotia: what is the role of age, sex and socio-economic status? Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique. 2014;105(6):e431-7.
22. Park MJ, Paul Mulye T, Adams SH, Brindis CD, Irwin CE, Jr. The health status of young adults in the United States. The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine. 2006;39(3):305-17.
23. Lau JS, Adams SH, Boscardin WJ, Irwin Jr CE. Young Adults' Health Care Utilization and Expenditures Prior to the Affordable Care Act. Journal of Adolescent Health. 2014;54(6):663-71.
24. Gabriel P, McManus M, Rogers K, White P. Outcome Evidence for Structured Pediatric to Adult Health Care Transition Interventions: A Systematic Review. The Journal of pediatrics. 2017;188:263-9.e15.
25. Chua KP, Schuster MA, McWilliams JM. Differences in health care access and utilization between adolescents and young adults with asthma. Pediatrics. 2013;131(5):892-901.
26. Eurostat. Healthcare activities statistics - consultations. Disponível em: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_activities_statistics_-_consultations Acesso em 1 de agosto de 2017.
27. Ordem dos Médicos Dentistas. Plano Nacional de Saúde 2011-2016, Estratégia de saúde oral em Portugal – um conceito de transversalidade que urge implementar. Porto. 2010.
28. Vujicic M, Nasseh K. A decade in dental care utilization among adults and children (2001-2010). Health services research. 2014;49(2):460-80.
29. Nasseh K, Wall T, Vujicic M. Cost barriers to dental care continue to decline, particularly among young adults and the poor. Health Policy Institute Research Brief. American Dental Association. October 2015.

30. Gibson RS. Principles of nutritional assessment 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2005.
31. Executive summary of the clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults. *Arch Intern Med*. 1998;158(17):1855-67.
32. da Costa FA, Pedro AR, Teixeira I, Braganca F, da Silva JA, Cabrita J. Primary non-adherence in Portugal: findings and implications. *Int J Clin Phar*. 2015;37(4):626-35.
33. Barros PP. Health policy reform in tough times: The case of Portugal. *Health Policy*. 2012;106(1):17-22.
34. União Europeia, Banco Central Europeu. Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidade de Política Económica. Lisboa, Portugal. 2011. Disponível em: ec.europa.eu/economy_finance/eu_borrower/mou/2011-05-18-mou-portugal_en.pdf.
35. Eurofound. Access to healthcare in times of crisis. Luxemburgo, Luxemburgo: Publications Office of the European Union. 2014.
36. Eurofound. Impacts of the crisis on access to healthcare services in the EU. Dublin, República da Irlanda. 2013.
37. Tamamović AI. The impact of the crisis on fundamental rights across Member States of the EU Comparative analysis. Bruxelas, Bélgica: União Europeia. 2015.
38. Sakellarides C, et al. The impact of the financial crisis on the health system and health in Portugal. Copenhaga, Dinamarca: World Health Organization. 2014.
39. Perelman J, Felix S, Santana R. The Great Recession in Portugal: Impact on hospital care use. *Health Policy*. 2015;119(3):307-15.
40. Rodrigues R, Schulmann K. Impacts of the crisis on access to healthcare services: Country report on Portugal. Viena, Áustria: European Centre for Social Welfare Policy and Research. 2014.
41. Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet*. 2013;381(9874):1323-31.
42. Astell-Burt T, Feng XQ. Health and the 2008 Economic Recession: Evidence from the United Kingdom. *PLoS One*. 2013;8(2):9.
43. Nasseh K, Vujicic M. Dental care utilization rate continues to increase among children, holds steady among workingage adults and the elderly. Health Policy Institute Research Brief. American Dental Association. October 2015.
44. Kirzinger WK, Cohen RA, Gindi RM. Health care access and utilization among young adults aged 19–25: Early release of estimates from the National Health Interview Survey, January–September 2011. National Center for Health Statistics. May 2012.
45. C. Matos, E. Ferreira, I. Moita, O. Monteiro, P. Andrade. Diagnóstico de Situação de Saúde do ACES Porto Oriental. Unidade de Saúde Pública do ACES Porto Oriental. Porto. 2015.

46. M. Moreira, S. Almeida. Diagnóstico de Situação de Saúde do ACES Porto Ocidental 2013. Unidade de Saúde Pública do ACES Porto Ocidental. Porto. 2014.
47. Unidade de Saúde Pública do ACES Porto Oriental. Diagnóstico de Situação de Saúde do ACES Porto Oriental - Atualização 2013. Unidade de Saúde Pública do ACES Porto Oriental. Porto. 2013.
48. M. Moreira, J.Gonçalves, M. Varela. Plano Local de Saúde ACES Porto Ocidental. Unidade de Saúde Pública do ACES Porto Ocidental. Porto. 2010.
49. E. Ferreira, I. Moita, O. Monteiro, P. Andrade. Plano Local de Saúde ACES Porto Oriental. Unidade de Saúde Pública do ACES Porto Oriental. Porto. 2010.